



UNIVERSIDADE DO MINDELO

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS, JURÍDICAS E SOCIAIS

CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Abuso, Negligência e o seu impacto na Adolescência

ANO LETIVO 2016/2017 – 4º ANO

Autor: Eliane De Almeida Rodrigues Nº 3298

Orientador: Mestre Cláudia Galina Rodrigues

Mindelo, Dezembro, 2017

UNIVERSIDADE DO MINDELO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS, JURÍDICAS E
SOCIAIS

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA
CLÍNICA E DA SAÚDE

Trabalho de conclusão de curso apresentado á
Universidade do Mindelo, como parte de
requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura
em Psicologia.

Discente: Eliane de Almeida Rodrigues – nº 3298

Orientadora: Mestre Cláudia Galina Rodrigues

Mindelo, Dezembro, 2017

DEDICATÓRIA

Dedico este relatório aos meus Pais, Exemplos de vida!

As palavras sempre ficam pequenas para expressar todo o amor e orgulho que tenho deles;

*“Os que se encantam com a prática sem a ciência,
são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola,
nunca tendo certeza do seu destino”.*

(Leonardo da Vinci)

Agradecimentos

À Deus, que me deu vida, força e muita coragem para chegar até aqui e realizar este trabalho;

Aos meus pais Maria Alcina e Ângelo Gomes que lutaram incansavelmente para que eu chegasse até aqui, que apoiaram-me desde o início com muito amor.

Às minhas queridas irmãs Elizângela Almeida e Viviane Almeida, e ao meu namorado Edson Gomes que sempre estiveram ao meu lado, acreditaram nas minhas capacidades e me encorajaram para que nunca desistisse.

À Câmara Municipal Da Boa Vista, que me apoiaram financeiramente e contribuíram para a minha licenciatura.

Aos familiares, amigos e pessoas especiais que de alguma forma também fizeram parte desta caminhada, que me apoiaram, e incentivaram para realização deste Relatório.

Aos colegas de turma do 4º ano e as do estágio (Elizabete e Cátia), pela convivência e partilhas, pelo apoio e auxílio mútuo, por dividirem as alegrias, medos e angústias na conclusão desta etapa.

À minha Orientadora, que me acolheu desde o primeiro dia de estágio, e que me estendeu a mão profissional e amiga nas dificuldades e sorriu comigo nas conquistas. Agradeço pela transmissão da sua vasta experiência e conhecimentos, através de uma orientação segura em que o respeito, a amizade e a confiança em mim depositada foram os incentivos para que continuasse apesar das dificuldades e inseguranças.

Ao meu local de estágio (Centro de Saúde de Chã de Alecrim), e à toda a equipe que me acolheram, pelas amizades que fiz com todos e pelos conhecimentos que me permitiram adquirir durante o estágio.

Muito Obrigada!

Resumo

O presente relatório de estágio está integrado no âmbito do estágio curricular do 4º ano do curso de Licenciatura em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Mindelo.

Este relatório descreve inicialmente o processo de estágio nomeadamente, a caracterização do local onde este decorreu (Centro de saúde de Chã de Alecrim), bem como as respetivas intervenções e atividades desenvolvidas no âmbito do estágio.

Posteriormente dá-se a apresentação do caso intitulado “Abuso, Negligência e o seu impacto na Adolescência”, especificamente a avaliação psicológica e intervenção feita do mesmo.

De seguida apresenta-se o relatório do projeto implementado no centro de saúde intitulado de “Cancro de mama: A Prevenção das perturbações emocionais”, cujo objetivo foi trabalhar na prevenção de perturbações emocionais associadas ao cancro de mama enfatizando importância da prevenção e promoção da saúde.

E por fim encontra-se a conclusão do relatório.

Palavras-Chave: Abuso e Negligência; Perturbações Emocionais; Personalidade; Adolescência; Avaliação Psicológica; Intervenção; Prevenção; Promoção da Saúde.

Abstract

The present apprenticeship report is integrated in the extent of the apprenticeship curricular of the 4th year of the course of Degree in Clinical Psychology and of the Health of the University of Mindelo.

This report describes the apprenticeship process initially namely, the caraterização of the place where this elapsed (Center of health of Chã de Alecrim), as well as the respetive interventions and activities developed in the extent of the apprenticeship.

Later he/she feels the presentation of the case entitled "Abuse, Negligence and his impact in the Adolescence ", specifically the psychological evaluation and intervention done of the same.

Following he/she comes the report of the project implemented in the entitled center of health of mamma "Cancer: The Prevention of the emotional disturbances", whose objective was to work in the prevention of emotional disturbances associated to mamma's cancer emphasizing importance of the prevention and promotion of the health.

It is finally meets the conclusion of the report.

key-Words: Abuse and Negligence; Emotional disturbances; Personality; Adolescence; Psychological evaluation; Intervention; Prevention; Promotion of the Health.

ÍNDICE

Introdução.....	1
Capítulo I. Caracterização do Estágio	3
1. Caracterização do Centro de Saúde de Chã de Alecrim	3
1.1. Caracterização das Secções.....	3
2. Caracterização das Intervenções Realizadas no Âmbito do Etágio	7
2.1. Descrição da Intervenções	7
Capítulo II. Apresentação do Estudo de Caso.....	9
1. Justificação da Escolha do Caso	9
2. Apresentação do Caso	9
2.1. Fundamentação Teórica	9
2.2. Identificação do Paciente	14
2.3. Motivo da Consulta.....	14
2.4. Antecedentes Pessoais e Familiares	15
2.5. Técnicas Utilizadas no Caso.....	16
2.5.1. Resultado das Técnicas Utilizadas	19
2.6. Compreensão Clínica do Caso	20
2.7. Hipótese Diagnóstica.....	22
2.8. Proposta de Intervenção	22
2.9. Descrição das Entrevistas/Observações feitas e intervenções	23
2.10. Avaliação Final do processo Terapêutico.....	30
Capítulo III. Apresentação do Projeto de Promoção da Saúde.....	31
Introdução.....	31
1.1. Justificação/contextualização.....	31
1.2. Beneficiário.....	33
Objectivos	33
1.2.1. Objectivo Geral	33

Relatório de Estágio em Psicologia Clínica e da Saúde

1.2.2. Objectivos Específicos	33
1.3. Metas.....	33
1.4. Técnicas	33
2. Atividades do Programa/ Técnicas	34
2.1. Resultados esperados	35
2.2. Público-alvo	35
2.3. Participantes	35
2.4. Local	35
2.5. Espaço	35
2.6. Horários.....	35
2.7. Materiais	35
2.8. Método	36
2.9. Procedimento	36
2.10.Cronograma.....	36
2.11. Duração	36
3. Relatório do Projeto	37
3.1. Descrição das sessões feitas.....	37
4. Avaliação final do Projecto Implementado.....	41
Conclusão	42
Referências Bibliográficas/ Webgrafias.....	44
Apêndices	47
Anexos.....	60

Introdução

O presente relatório é o fruto dos seis meses de estágio curricular, decorrido em início em Janeiro com término em Julho. O mesmo permitiu-me adquirir novos conhecimentos, experiências, prestar atendimentos psicológicos em psicologia clínica e da saúde, fazer pesquisas e desenvolver atividades. O estágio é enquadrado no último ano do curso de licenciatura em psicologia na Universidade do Mindelo. Teve como instituição acolhedora o centro de saúde de Chã de Alecrim, da tutela da Delegacia de Saúde de São Vicente – Ministério de saúde e solidariedade de cabo verde, e é orientada pela psicóloga do centro.

Este teve como objetivos principais de servir de complemento prático aos conhecimentos teóricos adquiridos, ganhar competências para avaliar e intervir, a partir das demandas dos pacientes bem como para trabalhar na promoção da saúde primária e na prevenção de doenças.

A promoção, nos estagiários, dos pressupostos definidos para a intervenção psicológica nos cuidados de saúde primários e os objetivos da formação nos estágios de psicologia em centros de saúde, diferenciam-se em quatro áreas: aquisição, aptidões, competência, e atitudes. De acordo com estes objetivos, é possível afirmar-se que os estagiários deverão desenvolver atividades em diferentes áreas: promoção de saúde, prevenção, consulta individual, reabilitação e formação. Estes devem desenvolver como principais atitudes: o de estar sempre disponível para sua própria autoformação e autoavaliação, saber estar, dar atenção aos aspectos éticos e deontológicos da sua prática profissional, entre outros. (Trindade e Teixeira, 2007) tais como Respeito pela dignidade e direitos da pessoa, Competência, Responsabilidade, Integridade, Beneficência e não-maleficência

O estágio foi dividido em fases: a primeira foi de conhecimento do local de estágio, o seu funcionamento, apresentação de toda equipe do centro para uma melhor adaptação. De seguida houve a participação indirecta com observações de algumas consultas feitas pela orientadora. Por último, decorreu a fase da avaliação e de intervenção nos casos atendidos pelo estagiário, das abordagens de promoção da saúde e prevenção de doenças, de visitas á comunidade (ao redor do centro e em Madeiralzinho). Acrescenta-se a deslocação à Unidade Sanitária de Base de Salamansa¹.

¹Salamansa: Zona piscatória da cidade do Mindelo para onde uma equipa de técnicos de saúde se desloca para realizar consultas e intervenções, uma vez por semana.

Relatório de Estágio em Psicologia Clínica e da Saúde

Neste relatório encontra-se a caracterização do local de estágio, e as respectivas atividades desenvolvidas em cada secção. Depois, encontra-se o estudo de caso, com a respetiva fundamentação teórica, compreensão clínica e abordagens técnicas de avaliação e de intervenção. Seguidamente apresenta-se o projeto da promoção da saúde realizado no centro, com a descrição das atividades e resultados. E por último encontra-se a conclusão do relatório.

Capítulo I – Caracterização do Local de Estágio

1. Centro de Saúde de Chã de Alecrim

O centro de Chã de Alecrim é localizado ao lado de escola primária Pólo nº21 e foi inaugurado no dia 24 de Julho de 2004. O objetivo principal da criação desta instituição foi o de ficar mais perto da comunidade e cuidar da saúde dos utentes e assim dando-se uma assistência mais rápida aos casos.

Relativamente à estrutura, o centro é dividido em dois pisos, em que o primeiro piso é constituído por dois consultórios médico, sendo um destinado às consultas de especialidade e de atendimento da assistente social, espaço que funciona como a sala de enfermaria para tratamento, curativo e triagem, uma farmácia, uma sala de espera, uma sala de receção e duas casas de banho. O segundo piso tem uma sala de espera, uma cozinha, uma sala de secção maternal, uma de secção infantil, um consultório de psicologia e duas casas de banho.

O centro encontra-se aberto das 8h até às 18h, com equipa técnica de dois médicos de clínica geral permanentes; um pediatra e uma dermatologista semanalmente; um nutricionista (mensalmente) e uma psicóloga permanente; duas técnicas de farmácia; cinco enfermeiros; um auxiliar de enfermagem; um agente comunitário; um ajudante de serviço geral, duas recepcionistas e dois guardas. Essa equipe multidisciplinar desenvolve um trabalho que passa pela promoção da saúde e prevenção de doenças, zelando pelo bem-estar e uma melhoria da qualidade de vida aos utentes prestando um bom atendimento.

Todos os anos é desenhado o plano de atividades a serem desenvolvidas em que são estabelecidas parcerias com escolas, jardins e associações, e ainda visitas domiciliárias com o objetivo de melhorar o trabalho de promoção da saúde da comunidade. Bem como o melhor atendimento possível no centro. Ainda assim o centro demonstra a necessidade de melhorar em algumas questões tais como, a falta de alguns materiais e recursos humanos, necessita também de mais reuniões clínicas, e.t.c. Mas apesar dessas dificuldades se pode notar que teve melhorias nas condições da população local relativamente aos cuidados de saúde, medicamentos, tudo isso para perto dos utentes.

1.1. Caracterização das Secções

Secção Maternal

Esta secção funciona desde a abertura do centro de saúde em Julho de 2004, com o horário de funcionamento das 8h até às 18h. O objetivo desta secção é atender grávidas, fazer

atendimento familiar, dar informações sobre a sexualidade e trabalhar na prevenção de doenças e da gravidez precoce. O público-alvo é de jovens adolescentes, mulheres em idade fértil, grávidas e homens à procura de informações e preservativos.

A equipa técnica é constituída por uma enfermeira responsável pela secção e pelos enfermeiros do centro e trabalham por turnos. Permite assim com o serviço prestado o acompanhamento de grávidas precocemente para que possa detetar ou evitar riscos de anomalias ou mortalidades, avaliando e promovendo um parto seguro às futuras mães.

Contudo, sempre surgem algumas dificuldades em que as grávidas fazem o pré-natal tardio por não terem dinheiro para pagar as taxas de controlo.

Os enfermeiros tendem a oferecer um melhor atendimento possível aos utentes e contam com parcerias de instituições e da assistente social que tem feito um bom serviço para as famílias mais carenciadas. Por vezes encontram casos de utentes que necessitam de um acompanhamento psicológico e o encaminham para a consulta de psicologia.

Secção Infantil

Também funciona desde a abertura do centro em 2004, abrangendo cerca de 300 crianças mensalmente, na faixa etária dos 0 aos 5 anos tendo como finalidade a avaliação do crescimento da criança e do seu desenvolvimento, cumprimento do calendário de vacina, encaminhamentos de crianças com alguma patologia e também a aquisição de vita-ferro que foi inserido nos centros de saúde recentemente em 2017.

A equipa técnica desta secção é constituída por duas enfermeiras em dois turnos, um auxiliar de saúde infantil. O trabalho é feito de forma multidisciplinar como encaminhamento para outros técnicos tais como pediatra e médico de clínica geral, psicóloga e assistente social.

Fazem visitas às crianças e caso tiver alguma que necessite de uma avaliação é automaticamente encaminhado a um especialista no centro.

Esta secção carece de alguns materiais necessários, como por exemplo a higiene nem sempre é bem-feita, pois, o espaço não tem um lavatório e os enfermeiros tende-se deslocar para a casa de banho.

As atividades delineadas pela esta secção são as visitas á comunidade, abordagens temáticas na sala de espera como o aleitamento materno, acidentes domésticos com as crianças, vacinação entre outros.

Farmácia

Este serviço tem como finalidade principal facilitar o acesso dos utentes que encontram em tratamento, abrangendo carenciados, pensionistas e os beneficiários da promoção social. Porém estes necessitam de alguns documentos como atestado, credencial, e cartão da promoção social para que o utente tenha acesso aos devidos medicamentos.

Com isso facilitou o acesso dos medicamentos aos utentes, com mais eficácia e rapidez, sendo a reposição dos mesmos é mais rápida, abrangendo cerca de 90% dos pacientes que consultam no centro (sendo a maioria idosos e crónicos).

Enfermaria

Entrou em funcionamento também desde 2004, no horário da 8h às 18h, fazendo atendimentos a todo o público do centro. Tem como objetivo fazer triagens dos utentes e curativos, com uma equipa técnica formada por dois enfermeiros fixos e um agente sanitário. Com isso os utentes não necessitam se deslocarem para o hospital, o que é um dos pontos positivos realçado pelos pacientes. Assim tem havido uma melhoria nos serviços prestados apesar de o espaço ser pequeno e limitado. Fazem também intervenções na comunidade e cada enfermeiro tem o seu dia de se deslocar.

Clínica Geral

Abrange-se todo o público-alvo do centro e se houver algum caso de encaminhamento fazem o imediatamente a um especialista, patologias crónicas como hipertensão, diabetes, epilepsia, infecções urinárias, lesões da pele, corrimentos, anemia, infecções respiratórias agudas e altas e cáries dentárias. Por isso, as intervenções comunitárias são destinadas principalmente a doentes crónicos e acamados, contudo se realiza intervenções nas escolas, jardins e estabelecimentos comerciais.

Foi estabelecido um plano contendo vários objetivos, tais como, ampliar a prevenção primária, aumentar a resposta aos utentes que procuram os serviços e aumentar o atendimento, tanto no centro como na comunidade.

A nível psicológico, é feito o encaminhamento de casos de alterações neuróticas tais como de ansiedade, depressão problemas familiares e problemas de adesão ao medicamento (doentes crónicos) á psicóloga do centro. Casos de alteração psicótica são encaminhados para o hospital (psiquiatria).

Psicologia

O serviço foi implementado desde Maio de 2014, abrangendo as faixas etárias desde a criança dos 9 anos, adolescentes até aos idosos. A partir de 2016 começaram a atender-se todas as faixas etárias. Tem como finalidade avaliar e intervir dentro da perspetiva clínica e da saúde. Tendo como objetivos prestar suporte psicológico aos pacientes em processo da doença, no sentido de a aceitarem e cuidarem do seu próprio tratamento, ou seja de aderirem ao tratamento, auxiliar outros profissionais no âmbito da avaliação e intervenção psicológica, do paciente seguidos pela equipa do centro, bem como prevenir psicopatologias futuras. São realizadas intervenções no âmbito da psicologia da saúde que trabalhando-se na prevenção e promoção da saúde, no sentido de sensibilizar as pessoas da comunidade a cuidarem da saúde e a prevenirem doenças. Também para os profissionais estarem mais próximos da comunidade, são feitas triagens e consultas a doentes acamados e com dificuldades de locomoção.

O serviço antes não tinha um psicólogo permanente no centro, então as consultas eram dadas uma vez por semana o que tornava-se insuficiente face às demandas dos utentes. Em 2016 as consultas passaram a ser três vezes por semana sendo que às quintas fazem deslocações para a comunidade piscatória de Salamansa e às sextas, visitas nas comunidades ao redor do centro. Com a permanência do psicólogo no centro, tornou-se possível a melhoria no serviço de psicologia bem como a articulação com outros serviços tais como os de clínica geral, saúde infantil, materna, nutrição e serviço social dentro do centro, e com a saúde mental do hospital.

2. Caracterização das Intervenções Realizadas no Âmbito do Estágio

2.1. Descrição das Intervenções

O estágio permitiu estar com vários técnicos diferentes o que leva um estagiário a ganhar cada vez mais experiências e conhecimentos através da prática e das atividades desenvolvidas.

Com a participação em várias atividades no âmbito do estágio, houve a aquisição de competências em psicologia clínica e da saúde, visto que os objetivos traçados foram complementares aos conhecimentos teóricos adquiridos durante o curso. Isto foi adquirido com a prática, avaliando e intervindo de acordo com as demandas trazidas pelos pacientes e trabalhando-se na promoção da saúde e prevenção de doenças.

Participou-se da forma indirecta nos casos atendidos pela psicóloga do centro, como forma de observar a prática da psicologia clínica, de ganhar experiência no manejo dos casos e de esclarecerem-se dúvidas acerca da natureza dos mesmos, da forma de atender, avaliar e intervir clinicamente.

Posteriormente começou-se a fazer triagens de casos que necessitariam de atendimento psicológico, com participação direta, passando-se a avaliação e intervenção nos mesmos.

Participou-se em visitas a jardins infantis, juntamente com enfermeiros nas zonas Chã de Alecrim, Madeiralzinho e na comunidade de Salamansa, em que, enquanto os enfermeiros faziam a pesagem, recolha dos cartões de saúde para verificar os dados das crianças, controlo da vacinação, da tomada do vita-ferro e medição da altura das crianças, para anotar nos cartões. Fez-se a observação das crianças no sentido de triar estes, caso houvesse alguma criança com necessidade de avaliação psicológica. Estas seriam encaminhadas para o centro para uma abordagem mais abrangente. Foram feitas duas visitas ao centro de canalona (CACVE)², para reunião juntamente com a terapeuta ocupacional e toda a equipa do centro para a discussão clínica dos casos das crianças que frequentam o centro e para observação e recolha de informações destes para posterior a avaliação psicológica.

Foram elaborados folhetos juntamente com os colegas de estágio, sobre temas de saúde tais como, alcoolismo e depressão para distribuição durante intervenções nas comunidades e nas feiras de saúde. (Ver em Apêndices)

² CACVE: Centro de acolhimento às crianças com necessidades educativas especiais portadoras de deficiência.

Também fez-se uma intervenção comunitária em Salamansa constituída por juntamente com uma equipa técnica de agente sanitário da USB³ médico, enfermeiro, auxiliar de farmácia e psicólogo cuja finalidade foi de se fazer a sensibilização dos comerciantes para a questão da venda ilegal de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos, e das consequências do álcool na saúde e no comportamento das crianças e jovens, distribuíram-se folhetos informativos sobre o tema abordado.

Participou-se direta e indirectamente de abordagens para a promoção da saúde nas salas de espera do Centro de Chã de Alecrim e de Salamansa, juntamente com outros profissionais e colegas de estágio, sobre temas de saúde e doença como a hipertensão arterial, diabetes, depressão, vida-ferro, cancro de mama, alcoolismo, da alimentação nas crianças a partir dos seis meses, prevenção de doenças da pele e cuidados de higiene.

Deslocou-se para algumas visitas domiciliárias á pacientes acamados ou com dificuldades de locomoção nas zonas ao redor do centro de saúde, fazendo avaliação e triagem nos pacientes. Participou-se em feiras de saúde sobre outros temas específicos de depressão e violência baseada no género. Com isto, permitiu-se a divulgação o serviço de psicologia presente no centro de saúde e nas comunidades, dando-se a conhecer ao público a saúde psicológica na sociedade, através de informações, distribuição de folhetos sobre uns temas anteriormente referidos, elaborados juntamente com os colegas do estágio e despistes com aplicação de um questionário de avaliação da depressão CES-D⁴.

Participou-se em outras atividades tais como uma sessão clínica no hospital Baptista de Sousa sobre reabilitações neuropedriátrica, e despiste do uso do álcool na população de São Vicente através da aplicação do instrumento AUDIT⁵ a pessoas maiores de 18 anos nos centros de saúde, nas USB e na comunidade.

³ USB: Unidade sanitária de base.

⁴ CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression.

⁵AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test.

Capítulo II – Apresentação do Estudo de Caso

1. Justificação da Escolha do Caso

Foi escolhido este caso por ser o único que se conseguiu realizar a avaliação e a intervenção. Foi um caso interessante de se trabalhar, pois, foi de uma adolescente que sofreu agressões do pai, tendo isto afetado assim a sua construção da personalidade na adolescência, em termos do autoconceito e autoestima. Foi estabelecido um bom vínculo terapêutico, o que foi muito importante porque facilitou assim o processo terapêutico e evitou o fenómeno *drop-out*⁶.

2. Apresentação do Caso

2.1. Fundamentação Teórica

Adolescência

A adolescência é um período do ciclo vital que suscita, opiniões emocionais quer no sentido positivo quer no sentido negativo. Muitas vezes é referido como o período da vida mais interessante, criativo, um período invadido por problemas, crises, angústias e perigos. Os adolescentes são vistos como sentimentos antagónicos, esperança e preocupação pelos adultos, idealizando-os e com vontade de os influenciar, de os moldar, e por vezes os adultos sentem incapazes de dar continuidade aos seus valores (Santos, 2013, p.127)

A partir da puberdade, definida classicamente como alteração física e biológica, que transforma o corpo da criança em adulto com capacidade para propiciar, surge a adolescência, também retratada como estado imaturo e crítico do desenvolvimento humano. É nesta perspectiva, com as subtilezas condicionadas pelos diferentes factores culturais e étnicos, que a maturidade confere uma forma de proteção inocente face às realidades do quotidiano, mas simultaneamente não fornece os instrumentos adequado para enfrentar problemas e *stress* (Gadpaille et al., 1996 cit. em Saraiva, 2006, p.142).

Segundo Marohn (1980), a modificação da grandiosidade primitiva (omnipotência) das crianças na direcção da auto-estima adequada e da ambição realista depende dos comportamentos dos pais, essencialmente da modelação e da aprendizagem. Quando no processo de maturação surgem problemas, o adolescente consegue suportar experiências

⁶ Drop-out: Abandono/desistência do processo terapêutico.

desagradáveis desde que inserido num meio protector, permanecendo os pais com um papel igualmente relevante.

De acordo com a teoria da vinculação de Bowlby (1951,1982), o modo como as ligações afectivas e emocionais se organizam na infância influenciam as capacidades do indivíduo para lidar, com uma certa flexibilidade, com acontecimentos de vida negativos.

Amarante (2010) As relações afetivas estabelecidas entre a mãe-bebê são fundamentais para assegurar a construção do psiquismo da criança, possibilitando um desenvolvimento saudável da personalidade e dos comportamentos sociais. É através do relacionamento seguro, contínuo e afetivo que a criança desenvolve a formação da sua autoestima e toma conhecimento do mundo exterior. As interações sociais contribuem para a formação e desenvolvimento da auto-estima.

Cooley (1902) adotou a metáfora do “espelho social” para descrever a auto-estima. Para ele, as pessoas que são significativas para o indivíduo, constituem um espelho social no qual o mesmo olharia para detectar opiniões a respeito do próprio eu, as quais são incorporadas, formando o *self*. Os construtos autoconceito e auto-estima. Alguns autores consideram que são dois aspectos psicológicos distintos e diferentes formas de avaliação da *self*. O autoconceito como um componente fundamentalmente cognitivo e contextualizado da auto-avaliação, ou seja, o conhecimento que o indivíduo tem de si. Nesse sentido, difere-se da auto-estima que se refere a uma auto-avaliação mais descontextualizada, tendo um componente predominantemente afetivo (cit. em rev. Avaliação Psicológica, 2006).

Sendín (1999) definem a auto-imagem como a visão que o indivíduo tem de si mesmo e a descreve a partir das percepções positivas ou negativas de suas características baseadas em dados reais ou imaginários. A autoestima, ao contrário, está relacionada com o valor que indivíduo atribui a essa percepção, vinculada à valorização externa. Confirmando essa definição, Weiner (1998) considera que a auto-estima se refere às atitudes que os indivíduos têm em relação às suas qualidades e capacidades e, quando essa é adequada, promove auto-aceitação, auto-respeito e autoconfiança baseados numa avaliação realista (cit. em rev. Avaliação Psicológica, 2006).

Coopersmith, (1967) que define o construto como a avaliação que o indivíduo efetua e que normalmente mantém em relação a si mesmo e que por meio das suas atitudes de aprovação ou desaprovação indica o grau em que se considera capaz, importante e valioso. De acordo com esse autor, a formação da auto-estima está estreitamente ligada ao tratamento que a criança recebe no núcleo familiar (cit. em rev. Avaliação Psicológica, 2006).

Santana (2013), quando a mãe, oferece uma base de apego seguro, através de um relacionamento caloroso, íntimo e contínuo com a criança, este torna-se um suporte emocional muito forte para garantir que os cuidados dispensados sejam essenciais para a sobrevivência da espécie humana.

A dinâmica do grupo familiar é poderosa no desenvolvimento dos repertórios básicos do comportamento da criança. A família influencia o desenvolvimento do senso de cooperação e reciprocidade das crianças, quando se mostram sensíveis e responsivos às suas necessidades.

Nesta perspectiva o sentimento de pertencimento e a percepção de ser amada fortalecem a expectativa da criança de que as suas necessidades serão atendidas, facilitando a busca de novos elos e gratificação no seu ambiente de forma efetiva (Brito e Koller, 1999. cit. Habigzang. L. 2006).

Violência conta a mulher

Segundo a Lei de VBG estabelecida em Cabo Verde, a violência baseada no género constituem como sendo todas as manifestações de violência física ou psicológica, quer sejam as ofensas à integridade física ou psicológica, à liberdade sexual ou em coação, ameaça, privação de liberdade ou assédio, decorrentes de uma construção de relações de poderes desiguais, devido ao ascendente económico, social, cultural ou qualquer outro do agressor.

Existem dois tipos mais frequentes tipos de violência: a Violência física é qualquer conduta que ofenda a integridade ou a saúde corporal da mulher e a Violência psicológica é qualquer conduta que provoque dano emocional e diminuição da autoestima, prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou vise degradar ou controlar as acções do indivíduo, comportamentos, crenças e decisões usando como recursos ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição obstinada, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que cause prejuízo à saúde psicológica (Parada, 2009, p.21)

Coimbra de Matos ajuda-nos a compreender a génese da violência, que partilha a mesma origem da baixa autoestima, a frustração afetiva:

“O acúmulo de experiências traumáticas – privações, castigos humilhações – gera agressividade ou propensão para o desencadeamento de condutas hostis e destruidoras. (...) A frustração da expectativa de receber afeto, apreço e reconhecimento é, de entre todas a que mais hostilidade e revolta provocam. (...) Sem

entrada de estima só se produz ódio. É o destino do desamado: a violência” (Santos, 2013, p. 46)

Comportamento Suicida na Adolescência

A relação precoce entre as mães e os filhos é fundamental para a compreensão do fenómeno do suicídio medida em que, por um lado, o abandono precoce dos filhos por parte das mães e por outro lado, a perda da dependência das mães e consequente deslocação da agressão para dentro, são fatores de risco do suicídio, enquanto o treino de crianças para a independência e para saberem lidar com a agressão, expressando emoções, parecem ser fatores protetores do risco suicida. (citado em Rodrigues, 2013).

Saraiva, (2006), apontam outros fatores de risco suicida na infância e adolescência, tais como lares desfeitos, morte e separação, perda precoce dos pais, discussões entre pais, conflitos transgeracionais bem como avaliação negativa dos pais, doença crónica de família, como a depressão de um dos pais. Dentre os acontecimentos de vida negativos, as perdas familiares e as dificuldades de relacionamento são os principais, destacando-se as discussões conjugais, a presença de uma nova pessoa em casa, doença grave na família e ida ao tribunal por ofensas corporais, o maior risco se coloca em caso de maus tratos ou negligência pelos pais, ou ainda quando há conflitos conjugais, distúrbios de personalidade ou outras doenças mentais nos pais (cit. em Rodrigues 2013).

O para-suicídio é um comportamento que representa um jogo de análise transaccional de apelos, reapelos e manipulações, que corresponde a um intenso conflito interno de relação no plano dos afectos, protagonizando corpo como o instrumento de revoltas e desamparos. O para-suicídio decorre da conjugação stress-vulnerabilidades (genéticas, neurofisiológicas, neurobiológicas, psicológicas e culturais), onde a reemergência de memórias traumáticas de infância ou adolescência ocupa papel de relevo. O para-suicídio depende de vários aspectos tais como: da personalidade, da estrutura cognitiva e de múltiplos factores do meio ambiente, quer de proteção quer de risco. É um comportamento-doença subjacente a uma patologia dos afectos, de ajustamentos, da personalidade e da interação social e familiar. (Saraiva, 2006, p.40)

Depressão na Adolescência

Há uma forte relação entre a depressão e a baixa autoestima, em que as pessoas com depressão se sentem-se quase sempre sem valor, inadequadas ou inúteis, vendo apenas

aspectos negativos em si, nos outros e no mundo em geral, provocando uma visão e uma interpretação distorcida do mundo, que se reflete numa baixa autoestima. (Magalhães, 2002) Figueiredo (2009) demonstra a diferença entre a tristeza e a depressão, afirmando que a tristeza é um sentimento momentâneo, considerado saudável, ajudando na elaboração das perdas, ou sofrimentos ocasionais. Pois, as pessoas atravessam uma fase de sofrimento e angústia, que pode se prolongar por um determinado período de tempo (cerca de 2 meses), mas este quadro vai-se atenuando e, paulatinamente, a vida vai retomando o ritmo normal. Mas, se a tristeza não passar, começam a surgir sentimentos de apatia, indiferença, desesperança, falta de perspectivas ou prazer na vida, e isto é uma forte probabilidade de surgimento de sintomas de depressão.

Em adolescentes, a depressão provoca interferências em atividades diárias, deterioração do desempenho acadêmico, perda de interesse na amizade, diminuição de prazer em atividades e passatempos, que podem levar também ao suicídio. Muitas vezes há comportamentos de riscos associadas acompanhada do abuso do tabaco, álcool e outras drogas, comportamento sexual promíscuo e outros. Podem também haver outros fatores desencadeantes como eventos de vida negativas: situação de luto, histórico familiar de depressão, agressão física ou sexual.

Consequência do abuso para o desenvolvimento psíquico

A experiência do abuso pode afetar o desenvolvimento de crianças e adolescentes de diferentes formas, uma vez que algumas apresentam efeitos mínimos ou nenhum efeito aparente, enquanto outras desenvolvem severas problemas emocionais, sociais e/ou psiquiátricos. O impacto da violência está relacionado em três conjuntos de fatores: fatores intrínsecos à criança, fatores extrínsecos, envolvendo a sua rede de apoio social e afetiva, e os fatores relacionados com a violência em si.

Os fatores intrínsecos à criança envolvem a saúde emocional prévia, o temperamento, as experiências de vida anteriores e as crenças que esta desenvolve sobre a experiência abusiva. A percepção da criança de que sua família e amigos não acreditaram na sua revelação sobre o abuso e o baixo nível de confiança interpessoal da vítima também contribuem para o desenvolvimento de sintomas de depressão e ansiedade.

Os fatores extrínsecos estão relacionados com fatores de risco e proteção da sua rede de apoio social é definida como um conjunto de sistemas e de pessoas significativas que compõem os elos de relacionamentos existentes e percebidos pela criança. Dessa forma a família, a escola, os amigos, a comunidade, os órgãos de proteção e profissionais envolvidos no atendimento

da criança e dos adolescentes vítimas de abuso sexual constituem a rede de apoio social e afetiva destes (Brito e Koller, 1999. cit. Habigzang, 2006).

Koller et al. (1998) Existem vários fatores envolvidos no impacto da violência sexual para a criança e o adolescente. Essa experiência é considerada um importante fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologias. Além de transtornos psicopatológicos, as crianças e os adolescentes vítimas de abuso podem apresentar alterações comportamentais, cognitivas e emocionais.

Como alterações comportamentais destacam-se: conduta hipersexualizada, abuso de substâncias, fugas do lar, furtos, isolamento social agressividade, mudanças nos padrões de sono, alimentação, comportamentos autodestrutivos, tais como se machucar e tentativas de suicídio.

As alterações cognitivas incluem: baixa concentração e atenção, dissociação, refúgio de fantasia, baixo rendimento escolar, e crenças distorcidas, tais como a percepção de que é culpada pelo abuso, diferença em relação aos pares, desconfiança e percepção de inferioridade e inadequação.

As alterações emocionais referem-se aos sentimentos de medo vergonha, culpa, tristeza, ansiedade, raiva e irritabilidade.

2.2. Identificação do Paciente

Nome: D.S.C

Sexo: Feminino

Idade: 18

Residência: Zona Próxima do Centro de saúde de chã de alecrim

Escolaridade: 7 ° Ano

Mãe: Doméstica, 41 anos

Pai: Militar, 39 anos

2.3. Motivo da Consulta

O caso foi encaminhado pela polícia nacional após uma queixa de VBG da jovem contra o pai desta, para o atendimento psicológico no centro de saúde de chã de alecrim. O motivo foi de apoio psicológico à D.S.C devido aos abusos físicos e psicológicos perpetrados pelo pai.

Na consulta soube-se as agressões vinham decorrendo há quatro anos, precisamente, desde que D.S.C deixou de morar com os avós em Santo Antão para vir morar com o pai em São Vicente.

D.S.C chegou na consulta com hematomas na cara queixando-se de fortes dores de cabeça, no corpo e também com vontade constante de vomitar. Estava muito preocupada com as dores no corpo, não se alimentava e nem dormia bem. Já tinha feito uma consulta médica no hospital, de urgência antes da queixa de agressão porque estava a sentir muitas dores de barriga que inchava demais, mas os médicos não diagnosticaram nenhuma alteração física que pudesse justificar tais dores.

Os sintomas apresentados pela paciente foram: ansiedade, angústia, pensamentos disfuncionais, sentimento de rejeição, *stress*, frustração, isolamento, tristeza, e baixo autoestima.

2.4. Antecedentes Pessoais e Familiares

Segundo a tia materna que acompanhou a D.S.C à primeira consulta, desde os dois anos de idade até aos quatorze anos a sobrinha cresceu junto dos avós maternos em Santo Antão. Estes cuidaram dela como uma filha porque a mãe viajou para a ilha de Santiago à procura de trabalho e de uma vida melhor. Assim, ela e a filha nunca tiveram uma relação próxima. Relatou ainda que a paciente é a filha única do pai e desde o nascimento dela, o pai a rejeitou não querendo registá-la.

A paciente tem cinco irmãos maternos: três meninas, uma de dois anos de idade, uma de dez que moram com a mãe em outra ilha, e uma outra de dezassete anos, que atualmente mora com ela e a tia; tem mais dois irmãos, um de sete anos que vive com a mãe e outro de vinte e dois anos que já trabalha e vive sozinho.

D.S.C antes dos quatorze anos de idade não tinha qualquer relação com o pai com quem foi morar depois. A paciente revela que “a minha vida tornou um inferno, o meu pai não queria que eu continuasse com os estudos e recusou fazer o pagamento da propina escolar, trancando-me em casa às vezes por três dias proibindo-me de ver os meus irmãos maternos que sempre tive uma boa relação ” (sic). Estes a apoiaram muito e iam visitá-la. Sempre que ele bebia a agredia com chutos, bofetadas, a batia-lhe com tubos de canalização, gritava com ela frequentemente, a agredia psicologicamente com palavras ofensivas, chamando-lhe sempre “burra, inútil” (sic), ameaçando-lhe de morte, dizendo-lhe que a “matava e jogava o corpo no esgoto” (sic).

A paciente disse que já houve momentos em que ela se trancava no quarto e tinha pensamentos negativos que a atormentavam tais como: ninguém gostava dela, sentia-se inútil e sozinha, que sua vida não fazia sentido e que ia fugir de casa. Já teve também ideias suicidas e diz ter feito uma “tentativa de morte” (sic) ingerindo 5 comprimidos de paracetamol e outros 5 de ibuprofen. Diz não ter sentido nada, após de ter ingerido os comprimidos, e que “no fundo nunca teve a coragem de pôr fim á vida apesar de nunca lhe ter faltado a vontade de se matar” (sic).

Desde que começou a morar com o pai, foram somente os dois na casa, não tendo havido nenhuma companheira na dinâmica familiar. A tia durante a consulta suspeitou de que o pai estivesse a “usar a filha como mulher em casa” (sic-Tia), estando a paciente presente na consulta, onde tal foi dito, prontamente ela garantiu que não, dizendo que ficava magoada por as pessoas desconfiarem de que o pai abusava dela sexualmente. Pelo levantamento dos dados clínicos soube-se que a paciente nunca tinha feito uma consulta de clínica geral e nem de saúde sexual e reprodutiva no centro de saúde, apesar de ter demonstrado que gostaria de as fazer, para ter uma orientação relativamente à sua saúde sexual. Relata que houve uma altura em que foi para uma consulta de ginecologia 0e recomendaram-lhe que fizesse uns exames, mas o pai rasgou os pedidos recusando-se a pagar os referidos exames dizendo que “preferia pagar o funeral da filha do que pagar aqueles exames!” (sic).

Depois da última agressão D.S.C foi acompanhada da tia à esquadra da polícia nacional fazer uma denúncia contra o pai tendo relatado que já tinha pedido ajuda no ICCA⁷ mas por ter dezoito anos disseram-lhe que não seria possível que a ajudassem pois já era maior de idade. Com a denúncia, o processo ficou no Tribunal aguardando a resolução, pois as autoridades ficaram de intimar o pai a depor. Desde então a paciente passou a morar com a tia juntamente com o marido desta, os primos filhos desta, e uma das irmãs da paciente, que foi criada pela tia.

2.5. Técnicas Utilizadas no Caso

No decorrer do processo de avaliação, foram utilizados como instrumentos psicológicos: a entrevista clínica e a observação, sendo os instrumentos fundamentais no método clínico, porque permitem a obtenção mais profunda de informações sobre a problemática da paciente, facilitando a compreensão mais clara do caso; a Escala de Auto-Estima de Rosenberg, um questionário de Ideação Suicida, o Inventário de Depressão de Beck que sendo estes

⁷ICCA: Instituto Cabo-Verdiano da Criança e do Adolescente

importantes para complementar a avaliação. É importante frisar que estes instrumentos não estão aferidos para a população Cabo Verdiana, mas são comuns na prática de avaliação psicológica.

2.5.1. Descrição das Técnicas Utilizadas

Entrevista

Segundo Oliveira (2005),

“A entrevista é a técnica que permite o acesso às representações mais pessoais dos sujeitos: história, conflitos, representações, crenças, sonhos, fantasmas, acontecimentos vividos, etc. É um instrumento insubstituível no domínio das ciências humanas e ainda no domínio da Psicologia, em que há que tentar compreender a origem de diferentes psicopatologias”. (p.1)

Só o paciente pode dizer “onde” e “como” sofre; há, que escutá-lo. Descreve-se a entrevista segundo os vários modelos teóricos vigentes, e é unânime entre todas as correntes, que a entrevista é uma “conversa” profunda entre duas pessoas num contexto específico. A eficácia de qualquer tratamento ou procedimento psicológico está directamente relacionada com a qualidade da entrevista. A entrevista é uma técnica sui generis, que permite aceder ao mundo privado de outro ser humano. A entrevista é o meio pela qual o entrevistador tenta perceber e sentir o Outro.

Utilizou-se a entrevista semiestruturada que é um tipo de entrevista que o paciente pode iniciar falando sobre o que escolher, sendo que o entrevistador intervém com o objectivo de buscar maiores esclarecimentos, clarear pontos obscuros ou confusos e ampliar informações. Esse tipo de entrevista é intermediário entre a entrevista livre e a directiva. Tem intuito de estabelecimento do diagnóstico do paciente, colectando dados para tal fim, bem como a formulação de indicações terapêuticas.

As técnicas de entrevista utilizadas no caso foram a **reflexão** cujo objectivo é de fazer a paciente compreender que não só se percebe o que ele comunique como está a pensar no assunto. O **questionamento** que consiste em fazer perguntas para aumentar as informações extraídas da paciente. A **exploração** que se apoia numa forma interrogativa, destina-se a investigar áreas da vida, do pensamento ou dos sentimentos da paciente que são relevantes e devem ser aprofundadas em função dos objetivos da entrevista.

Observação

A técnica de observação é um processo constituído por partes: o objecto observado, o sujeito, as condições, os meios e o sistema de conhecimentos, cuja finalidade é a recolha de informações do contexto natural ou artificial no qual o fenómeno social se manifesta ou se reproduz. (Barton; Ascione, 1984; Reyna, 1997cit. por Pelotas, 2008).

Usa-se a observação como técnica na avaliação para observar comportamentos verbais e não verbais, o estado emocional, o aspecto físico do indivíduo no seu meio natural.

Escala de autoestima de Rosenberg

A escala de autoestima de Rosenberg é constituída por 10 itens, com conteúdos relativos aos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo.

Rosenberg (1965, cit. por Quintão, Delgado e Prieto, 2011) define autoestima como uma avaliação que o indivíduo faz sobre si mesmo, que se expressa numa atitude positiva ou negativa em função de si, em que este aprova ou não o resultado. Uma autoestima elevada implica que o indivíduo sinta que tem valor e inclui a dimensão dos sentimentos positivos que tem sobre si. Neste contexto, uma baixa autoestima é originada por uma diminuição do indivíduo perante si próprio, através de uma autoavaliação negativa. De acordo com este autor, a auto-estima global é baseada não só na avaliação da qualidade dos seus constituintes, como o autoconceito, mas concomitantemente na avaliação das qualidades que são importantes para o indivíduo.

A escala é composta por 5 itens formulados positivamente e 5 itens formulados negativamente. A cada item corresponde uma escala *Likert* com as seguintes opções de resposta: (1) Discordo Totalmente, (2) Discordo, (3) Indiferente, (4) concordo e (5) concordo Totalmente.

É uma das escalas mais utilizadas para a avaliação da auto-estima, visto ser composta por um número reduzido de itens, ser caracterizada por simplicidade na linguagem e facilidade e brevidade de aplicação e de cotação.

Inventário de Depressão de Beck

Segundo Gorestein C. e Andrade L. o Inventário de Depressão de Beck ("Beck Depression Inventory" (Beck et al., 1961; BDI) é provavelmente a medida de autoavaliação de depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países.

O inventário original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retracção social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido.

Questionário de Ideação Suicida – QIS

O questionário é uma versão portuguesa do suicide ideation questionnaire traduzida e adaptada por Ferreira e Castela, (1999). Moreira e Gonçalves (2010 citado em Rodrigues, 2013)

O instrumento tem sua utilidade em se conseguir analisar a gravidade dos pensamentos suicidas em adolescentes e adultos categorizando em pouco ou muito graves os pensamentos relativos ao suicídio.

Constituída por 30 itens com sete opções de resposta que traduzem a frequência de ocorrência de ideação suicida. É uma escala de tipo *Likert*, cujas opções de resposta variam entre “nunca pensei nisto” até “quase todos os dias” que correspondem a pontuações que variam entre 0 e 6 pontos, respectivamente. Quanto maior for a pontuação total da escala preenchida pelo sujeito, maior será a gravidade de ideação suicida, tendo como a pontuação máxima de 180 pontos. Podemos considerar segundo Raynolds, (1988, op.cit) que uma pontuação maior ou igual a 41 poderá ser significativo em termos de patologia e de potencial risco e de suicídio.

Psicométricamente, na adaptação portuguesa, é um instrumento que apresenta um nível de consistência que corresponde a um alfa de *cronbach* de 0,96 e com correlação teste-reteste, com intervalo de 1 mês entre aplicações, de 0,76. O inventário correlaciona-se positivamente e significativamente com o inventário de depressão de Beck e negativamente porém significativamente com a escala de autoestima de Rosenberg (Moreira e Gonçalves, op. Cit).

2.5.2. Resultados das Técnicas Utilizadas

Escala de autoestima de Rosenberg

A paciente obteve na escala uma pontuação de 11, que por se situar abaixo do ponto corte (16 pontos) indica uma autoestima baixa. Considerou-se que os problemas significativos de autoestima pudessem estar ligados às situações de violência vivenciadas.

Especificamente, no item 9 que diz “Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso”, em que a paciente assinalou “concordo”, a paciente demonstra que tem uma

autopercepção negativa, expondo verbalmente uma sensação de culpa por não se conhecer bem a si mesma, considerando-se uma decepção, devido aos acontecimentos da sua vida. Tudo isto faz com que ela não reconheça as suas qualidades como pessoa.

Questionário de Ideação Suicida – QIS

Analisando o questionário, verificou-se que as respostas na maioria, eram “sempre” o que finalmente traduz um resultado elevado de ideação suicida, como no caso em que ela obteve a pontuação de 126, levando-se em conta a pontuação máxima da escala que é de 180 pontos e que quanto maior for a pontuação maior é a ideação. No item nº 10 que diz “pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente”, ela respondeu “sempre”, parou, e sorriu levemente e identificou o pai como sendo a pessoa em que ela pensou.

Inventário de Depressão de Beck

No inventário de Beck a paciente obteve-se o *score* 1 ponto confirmando a ausência de depressão como sintomatologia clínica. Tendo em conta que ponto corte é de 21 pontos e que abaixo de 9 pontos considera-se ausência de sintomas depressivos, no caso da paciente o seu resultado encontrou-se na categoria mais baixa descartando-se a existência da depressão (Maluf, 2002)

2.6. Compreensão Clínica do Caso

A D.S.C inicialmente cresceu com o amor e protecção dos avós maternos desde os dois anos até aos quatorze anos de idade, o que fez com que os avós se tornassem figuras de apego, representando a figura materna e paterna, após a ausência da mãe e afastamento do pai. Por ser privada de estabelecer o vínculo com a mãe tal como ela tanto desejava, desencadeou um sentimento de falta, idealizando, desde então estar perto da mãe.

Assim, o amparo psíquico da figura materna para a adolescente D.S.C seria de extrema importância para a constituição da sua personalidade e desenvolvimento da sua autoestima positiva. O relacionamento mãe-filha representaria, desse modo, a protecção e segurança para a criança, contribuindo essencialmente para o desenvolvimento adequado do aparelho psíquico e emocional.

Por vivenciar experiências traumáticas, como as agressões, as privações, os castigos e as humilhações, do pai, a adolescente acabou por ter danos psicológicos tais como a desvalorização de si. A punição do pai foi a que exerceu maior influência na formação da

personalidade de D.S.C., gerando excesso de fragilidades emocionais como a baixa autoestima e auto-conceito. Esse período vivido intensamente e muito difícil para adolescente, ficando marcado por cicatrizes psíquicas significativas durante a adolescência.

Durante o desenvolvimento da adolescência a paciente foi privada de viver o período chave da adolescência de que mais necessitava de autoafirmar-se, de autonomia, autoconfiança e socialização como o grupo de amigos, de experimentação, de valores, de se sentir capaz de tomar as suas próprias decisões, que corresponderia ao momento crucial de definição da sua personalidade, e de se tornar independente. Por outro lado, nessa fase, a adolescente precisava aperceber-se da sua singularidade como pessoa, de adquirir a noção do que é ser única, com identidade própria. E para definir-se, destacam-se como agentes de base para a consolidação da sua identidade, a escola (educadores, colegas e o corpo escolar) à qual deixou de frequentar, apesar de manter-se disposta a continuar a frequentá-la, a família (irmãos) com a qual praticamente foi proibida de se relacionar, e os amigos para que pudesse se sentir inserida num meio social.

O comportamento do pai fez com que fosse percebido pela paciente como uma figura violenta, despertando nela sentimentos de angústia, isolamento e medo, gerando, por sua vez, comportamentos hostis e destruidores que foram voltados para si mesma culminando com a tentativa de suicídio, protagonizando o próprio corpo como um instrumento de revoltas. Compreende-se esta tentativa como um apelo, um grito de desespero ou uma chamada de atenção, na expectativa de receber afecto, apreço e reconhecimento do pai, que sempre rejeitou a paciente, provocando nela uma frustração e uma revolta interna, produzindo ódio de si, por não ser suficientemente amada e conseqüentemente baixa autoestima.

Assim a paciente tendo sido vitimizada frequentemente, adoptou uma atitude marcada por pensamentos negativos sobre si, considerando-se insignificante pelo pai, e uma percepção de que o mundo se voltava contra ela. A imagem que a adolescente faz de si mesma é espelhada um julgamento negativo de si, o que conduziu a paciente a conduta destrutiva de si mesma. A paciente idealiza-se através das suas necessidades e desejos tais como o de autonomia, de liberdade, de se sentir amada e valorizada, fazendo-a desejar outro modo de vivência na adolescência. Metaforicamente a adolescente desejaria ser uma pomba, que simboliza a paz e a liberdade, demonstrando um desejo gritante de se ver livre dos pensamentos negativos e de sentir o alívio de todo o sofrimento vivenciado.

A avaliação realizada indica que há alguma fragilidade na personalidade na paciente (levando a ficar triste, angustiada e com baixa autoestima) em termos de auto estima e autopercepção, sendo importante uma reconstrução da sua imagem e autoconceito

2.7. Hipótese Diagnóstica

Analisando os dados recolhidos e feita a avaliação, pode-se constatar que, os acontecimentos traumáticos vivenciados pela paciente desde a infância tiveram repercussão na sua adolescência, afectando negativamente na formação da sua personalidade, ou *self*, principalmente os dois aspectos psicológicos: a autoestima e o autoconceito. Estes dois aspetos juntamente com as dificuldades de interação social, podem ter levado a jovem a ter o comportamento suicida.

Com base nisto, considerou-se a hipótese diagnóstica de fragilização egóica decorrentes de situações de negligência e de abuso físico (V61.21), de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-IV⁸.

Segundo o DSM-IV esta categoria é usada quando o foco da atenção clínica é a vítima do abuso físico (por exemplo maus tratos graves e violência).

2.8. Proposta de Intervenção

À medida do desenrolar das necessidades terapêuticas observadas, foi utilizada neste caso a psicoterapia de apoio de média duração baseada na orientação teórica cognitivo-comportamental, como objectivo de compreender, identificar e corrigir formas distorcidas de pensar, melhorar as emoções e produzir mudanças no comportamento.

De facto a psicoterapia de apoio é a única que se mostra eficaz em contextos institucionais, a única que serve praticamente a todas as populações e sujeitos mesmo que, *a posteriori* haja indicação para outro tipo de trabalho psicoterapêutico (Leal, 2010).

Portanto para este caso foi utilizada a psicoterapia de apoio de média duração que segundo Leal, (2010) não trabalha necessariamente com situações de crise, nem se destina a pacientes com limitações graves. Ainda assim é frequente que a procura de uma psicoterapia de apoio, ou a aceitação da sua oferta (quando isso é proposto em contextos institucionais) esteja relacionada com situações dolorosas, acidentais ou desenvolvimentais, em que apesar de haver um funcionamento adaptado do sujeito a sua vivência subjectiva continua a ser penosa. A psicoterapia de apoio de média duração é, provavelmente, a mais vulgar forma de psicoterapia, e, é ela que Hellerstein (1994) recomenda como a psicoterapia genérica para

⁸ DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

todas as situações que não tenham indicação específica para uma dada terapia (cit. por Leal, 2010, p.229)

Foram trabalhados com a paciente aspectos cognitivos, tais como os pensamentos negativos, sentimentos e emoções, auxiliando-a no desenvolvimento de melhores estratégias que a pudessem ajudar a enfrentar e a resolver os seus problemas, bem como a mudança dos comportamentos, principalmente os de risco, através de técnicas utilizadas.

Como técnicas foi utilizada a **sugestão**, que tem como objectivo induzir uma ideia ou um sentimento, e no caso da psicoterapia de apoio de produzir modificações na vontade expressa pelo cliente. A **securização**, técnica pelo qual tranquiliza a paciente e reforça a sua autoestima através da expressão de concordância como uma ideia, pensamento, atitude ou decisão. O **aconselhamento**, que consiste na explicação, sugestão ou recomendação por parte do psicólogo se atitude ou decisões do paciente com vista a reforçar aspectos saudáveis da sua personalidade, a reduzir sintomas ou a evitar crises.

Conjuntamente com a paciente, verificou-se que apesar de ter sido breve a intervenção, esta demonstrou-se eficaz, trazendo-lhe a sua satisfação, por ter sentido que foi ajudada na melhoria da sua autoestima e autoconceito, bem como na diminuição dos pensamentos negativos relativos à sua vida, apontando os ganhos de experiências que iriam servir para vida toda. No entanto, considera-se que, a seguir ao processo de psicoterapia de apoio feito, o caso necessitaria de continuidade em termos de psicoterapia individual. A psicoterapia de apoio, baseada numa orientação teórica psicodinâmica seria de grande valia neste caso, na medida em que, seria importante que a paciente pudesse compreender e elaborar algumas questões ligadas á sua personalidade e aos eventos de vida negativos, vivenciadas desde a infância até à adolescência.

A função do psicólogo é trabalhar nas queixas associadas aos conflitos internos da pessoa, que geram incómodos à própria pessoa ou às pessoas do seu universo de relacionamento. O psicólogo deve ir à busca das origens dos incómodos, entendendo suas funções. Deve discutir a forma pela qual o indivíduo trata essas questões, tornando a vida da pessoa mais confortável possível. Para que o paciente adere ao tratamento um psicólogo deve promover a aceitação da doença pelo paciente. A vantagem da adesão ao tratamento é a melhoria da qualidade de vida.

2.9. Descrição das Entrevistas/Observações Feitas e Intervenções

Primeira Sessão (Entrevista Clínica e Observação)

A primeira consulta ocorreu no dia 27/06/17 em que a D.S.C. veio acompanhada da tia. A paciente entrou na sala sozinha, depois de ter cumprimentado a estagiária e feita a apresentação de ambas para estabelecer o vínculo terapêutico, ela começou a dizer motivo da consulta, pedindo que a tia entrasse.

A paciente apresentou-se à consulta bem vestida porém tinha um ar triste, manteve-se assim ao longo da entrevista e demonstrou alguma ansiedade: mexia as mãos e as pernas, olhava para estagiária com frequência, voz trémula, dando a impressão que necessitava de ajuda no sentido de sentir segura, e daí falar sobre o problema. No entanto colaborou com entrevista.

Foi-lhe explicado o processo psicoterapêutico, de que o objetivo era o de se compreender o que se passava, que tudo que fosse dito na sala seria sigiloso, que a partir das próximas consultas, deveria vir sozinha e que nada seria dito à sua tia se ela não quizesse.

Ao longo da verbalização do motivo da consulta a paciente começou a chorar caindo-lhe lágrimas pelo rosto, lentamente mas não impedindo-lhe de continuar a falar. A tia pediu para dizer algo, onde relatou um pouco da história da paciente, relativamente ao seu nascimento, e aproveitou-se para se fazer a exploração das relações das pacientes com os familiares (pais, avós e irmãos). A tia mostrava-se preocupada, nervosa e indignada com a situação vivenciada pela sobrinha.

De seguida foi pedido que a paciente explicasse como tudo aconteceu até o momento e sem nenhuma dificuldade ela contou tudo, das vezes em que o pai a trancava em casa, das agressões, dos tipos de agressões e conseguia ver uma certa revolta no olhar dela mas ainda assim tentou contar em detalhes os momentos que foi considerado ruim que passou com o pai.

Por ser a primeira consulta reforçou-se a importância da comparência às próximas sessões que seriam duas vezes por semana explicando-lhe que necessitaríamos de mais do que uma sessão por semana para ajudá-la antes do término do estágio. E assim terminamos a sessão com a estagiária dizendo-lhe que ficaria à sua espera no próximo encontro.

Segunda Sessão (Entrevista Clínica e Observação)

A paciente nesta sessão aparentava estar mais calma e disse que estava bem. Perguntou-se como tinha sido os dias anteriores à consulta, e ela respondeu que no dia anterior tinha estado com dores no estômago, de cabeça e no peito, decorridas na semana anterior à primeira consulta por causa das agressões do pai com o tubo de canalização que lhe atingiu uma parte superior do peito. Esta queixa foi ouvida atentamente pela estagiária. De seguida começou-se a explorar mais a relação com a família. A paciente relatou que teve o primeiro contacto com o pai aos 13 anos de idade, e que antes disso ela não havia qualquer relação com o pai. Ele nunca ajudava minimamente em nada, nem nos produtos de uso pessoal, contando a paciente somente com o apoio dos avós maternos.

A D.S.C falou do amor enorme que tem pelos avós e disse que também gostava da avó paterna mas que nunca tiveram muita aproximação porque o pai não deixava, mantinha-os afastados. A paciente afirma que ele fazia aquilo para que a avó da paciente não soubesse quem era o seu filho realmente e o que ele fazia com a neta.

Falou também da falta que sente da mãe, que gostaria de estar perto dela e que elas tivessem tido uma boa relação de mãe e filha. Ao dizer isso ela ficou com olhar cabisbaixo, deu um longo suspiro e continuou a falar que compreendia a mãe que, segundo D.S.C., teve que sair de perto dela cedo para procurar uma vida melhor, apesar de que gostaria de ter ido junto com ela. Ainda assim ela tinha o apoio dos irmãos e das tias que adoravam-na muito. Ela desabafou a sua preocupação de que, mesmo a tia lhe mostrando toda a sua disponibilidade em cuidar dela, tinha a sensação que o marido da tia não gostava muito da ideia de ela ter que morar com eles e, tendo percebido isto, de forma indirecta, quando ele falava das despesas adicionais que iriam surgir das mudanças. D.S.C. Sentia-se incomodada com a situação que tendo pensado em ir morar com outra tia caso não desse certo na casa onde morava na altura. Demonstrou-se um pouco inquieta a olhar sempre para o relógio, terminamos a sessão reforçando-a que esperaria por ela na próxima sessão.

Terceira Sessão (Avaliação do teste de ideação suicida)

A sessão iniciou com uma conversa para saber como se sentia, e ela disse que se sentia bem, que a frequência das horríveis dores de cabeça tinha diminuído, que sentia as dores mas que se tornaram passageiras. Naquele dia ela esteve sempre com um sorriso no rosto. Dizia que

desde que saiu da casa do pai e foi morar com a tia não teve contato com ele, sentindo-se bem em não vê-lo.

De seguida foi aplicada o teste de ideação suicida (QIS) ⁹ visto que na sessão anterior tinha relatado um comportamento suicida depois de ter sido agredida pelo pai, para avaliar a existência da ideação e o grau desta caso houvesse ideação. A aplicação teve a duração de 10 minutos e a maioria das respostas eram “sempre”. No item nº 10 QIS que diz “pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente”, ela respondeu “sempre” com um leve sorriso no rosto irónico justificando-o dizendo que essa pessoa seria o pai que lhe dizia a mesma frase a toda hora para além de ameaçá-la de morte.

Para finalizar pediu-se que juntamente com ela que fosse feito o genograma (ver apêndice) entre os membros para clarificar as informações relativamente á sua dinâmica familiar e explorar as relações existentes entre eles.

Quarta Sessão (Avaliação de auto-estima e auto-conceito)

Nesta sessão D.S.C. estava bem tranquila, disse que sentia-se bem e muito diferente das primeiras duas consultas. De seguida foi apresentada à paciente a escala de autoestima¹⁰ a sua finalidade tendo em conta que ela tinha dito na sessão anterior que ninguém gostava dela, nem de si. O resultado desta escala foi de 11 pontos, o que indicava um autoestima baixa.

Depois ela abordou uma outra questão em que disse que às vezes não “sabe quem ela é” (sic), verifiquei a necessidade de abordar sobre o autoconhecimento, pedindo à paciente que primeiramente que ela dissesse o que achava de si mesma, tendo uma certa dificuldade para responder, pois, achava difícil falar de si mesma. Após alguns minutos em silêncio ela achava que era uma pessoa muito corajosa e justificou que, por tudo que passou, ainda tinha muita força para lutar e ter uma vida melhor daí em diante. Pediu-se de seguida que ela apontasse as suas qualidades e respondeu que respeitava a todos, era atenciosa, solidária, humilde, simpática, companheira e esforçada. E foi pedido que apontasse o que não agradava em si, ela respondeu que era “nervosa, ciumenta, chata sorriu” (sic), disse que “Às vezes” é “persistente naquilo o que quer” (sic). Observou-se que para além de estar muito animada em dar as respostas ela teve muita dificuldade em falar de si.

Abordando o futuro e a sua meta de vida disse que gostaria de voltar a estudar para mudar de vida, conseguir uma oportunidade de emprego, ser alguém na vida e a sua profissão que

⁹Em Anexo

¹⁰ Em Anexo

gostaria de seguir é cabeleireira. De seguida, explorando um pouco a autopercepção foi lhe perguntando que ela acha que os outros pensam dela respondeu que não sabe e comprometeu-se a trazer a resposta na próxima consulta. Uma outra questão posta foi que animal que ela gostaria de ser ela respondeu “pomba” e foi perguntado porquê ela disse que a pomba voa e é livre exactamente como gostaria que ela fosse, isto, com o objectivo de conhecer mais da personalidade da paciente e para avaliar se ela conhece bem o seu próprio perfil psicológico. Depois de ter explorado e orientá-la sobre o seu autoconhecimento ela disse que agora consegue conhecer melhor a respeito de si mesmo. Para descontrair tentou-se explorar acerca de namorados e ela disse que ainda não se sente preparada para dar este passo de ter um relacionamento com alguém, mas alega que, futuramente, ela pretende arranjar um namorado que a trate bem mas isso só depois de ter organizado a sua vida.

Por fim foi feito a devolução dos resultados do questionário de ideação suicida e por constatar que os mesmos apontavam para um nível de ideação elevada, houve a necessidade de se fazer uma intervenção breve no sentido de abordar sobre as suas crenças, o que pensa, como pensa e o que sente, orientando-a relativamente às questões dos pensamentos negativos automáticos de como torná-los em pensamentos mais adaptativos e fazer lhe pensar na importância da sua vida.

Quinta Sessão (Autoavaliação, Aconselhamento e Avaliação de Depressão)

D.S.C. Chegou à consulta um pouco desanimada porque estava menstruada. Justifica a falta à última consulta porque estava com muita dor de barriga e enjoos e não conseguiu ir para a consulta. Dando continuidade à sessão, tentou-se saber se ela tinha feito o “trabalho de casa” que era pensar no que os outros pensavam dela, e respondeu que todos achavam que ela era corajosa, disse que tinha perguntado á sua tia o que achava dela e a tia respondeu que tinha muito orgulho de ser a sua tia, que ela era muito especial e que a amava muito.

Observou-se o brilho nos olhos da paciente ao dizer as palavras da tia, disse que gostou de os ter ouvido da tia, que ficou emocionada e que também tem um carinho enorme pela tia. Como foi observado que ela tem dado mais atenção á sua aparência física do que nas primeiras consultas, verificou-se a necessidade de reforçar a importância de cuidar de si, aconselhando-lhe que dedicasse um pouco do seu tempo todos os dia para cuidar de si mesma e que todos os finais do dia, que refletisse do que aconteceu no dia que poderia ter sido mudado ou melhorado e ela comprometeu-se a fazer esse exercício todos os dias.

De seguida foi aplicado a dinâmica do espelho (é uma das ferramentas mais poderosas quando o intuito é provocar nas pessoas reflexões sobre si mesmas e trazer-lhes mais uma forma de autoconhecimento e autovalorização de si) porque houve a necessidade de intervir neste sentido para explorar mais acerca da sua personalidade, em que primeiramente explicou-se em que consistia a dinâmica, que caracterizasse a pessoa que estivesse na caixa imaginando a pessoa antes de abrir, e quando abrisse a caixa que fizesse a caracterização de quem tinha visto ali dentro da caixa. Quando abriu a caixa, o que viu ali lhe despertou um sorriso, ficando um pouco surpresa, disse ter imaginado a mãe. Caracterizou a pessoa que tinha visto dentro da caixa, ou seja, a imagem da sua face reflectida no espelho. Dizendo que era especial, que sentia valorizada o que era impossível sentir antes, uma sonhadora, que queria realizar todos os seus sonhos do futuro. O que ela gostaria de mudar na sua pessoa seriam os pensamentos negativos quando tivesse acontecido algo de errado, mas disse que estava a conseguir trabalhar esses tais pensamentos aos poucos.

Por fim foi aplicado o inventário de depressão de Beck¹¹ para avaliar a existência ou identificar se há tendência à depressão. Foi importante aplicar o inventário de depressão de Beck, para avaliar se os sinais apresentados pelo paciente anteriormente referidos eram ou não patológicos. Era necessário de uma maior exploração dos sintomas e uma melhor avaliação. A paciente demonstrou estar bem-disposta verbalizando que “gosta muito de ir às consultas em vez de ficar em casa sem nada para fazer”.

Sexta Sessão (Autoavaliação e devolução do resultado do inventário de depressão de Beck)

Nesta sessão ela disse que estava muito bem. Houve a necessidade novamente de reforçar sobre a questão dos pensamentos negativos, visto que na última sessão, na dinâmica do espelho ela apontou-os como pontos negativos, mas disse que esses pensamentos eram mais frequentes quando ainda morava com o pai. O objectivo era intervir no sentido de orientá-la em trabalhar esses pensamentos identificando as situações que os geravam, referindo-se a situações da agressão, quando o pai trancava-a em casa, não deixando-a sair nem ver os irmãos, mas acrescentou que desde que foi morar com a tia não tem tido os pensamentos.

De seguida foi sugerido que ela dissesse quais eram esses pensamentos e ela respondeu que só pensava em tirar sua vida, que nada mais fazia mais sentido para ela, que ninguém gostava

¹¹Em Anexo

dela e pensava em fugir. Mas, acrescentou que naquele momento começava a ver o quanto a sua vida era importante, que ela gostava mais de si mesmo e sabia que as pessoas que ela amava também amavam-na. Disse que estava disposta a caminhar com a sua vida para frente e ser muito feliz.

Foi feita também nessa sessão a devolução do resultado do inventário de Beck em que foi revelado o resultado de *score* 1, não apresentando nenhum sinal de depressão, descartou-se a existência da mesma, sendo que nas primeiras consultas a paciente revelou alguns sinais de depressão tais como tristeza e choros, mas não foi aplicado de imediato este inventário porque houve a necessidade de explorar mais e avaliar. Desde que deixou de morar com o pai sente-se muito bem, disse ela.

Sétima Sessão (Autoavaliação e entrevista de devolução do processo)

A sessão iniciou por saber como a paciente estava e disse que sentia muito bem, foi observado que ela chegou na consulta animada, dizendo que estava muito contente por ter feito novos amigos, disse que “eram poucos, mas muito melhor que antes que não tinha nenhum”. A paciente referiu que a sua vida mudou muito depois de ter saído da casa do pai, que passou a divertir-se mais, sair para passear, ir á praia e tudo isso lhe deixava muito mais feliz. D.S.C. Disse que às vezes, ela encontrava com o pai na rua e o cumprimentava, que não ficava nervosa e nem com medo quando o via, o que antes era frequente, mas que depois passou a ficar tranquila. Ressalta ainda que se um dia conseguisse organizar a sua vida e alcançar todos os seus objetivos como concluir os estudos, arranjar um emprego, ela seria capaz de perdoar o pai (chorou ao dizer isso). Ela trouxe uma outra questão para a consulta, de às vezes não conseguir expressar os seus sentimentos, como, por exemplo se passava algo com ela, D.S.C. não se sentia á vontade para conversar com alguém. Mesmo quando morava com o pai, passando pelas situações de agressão e não tendo com quem conversar ela mantinha tudo por dentro, posta essa questão foi orientada que nomeasse essas emoções em função da situação vivenciada, o que pensava, quais eram os seus sentimentos e que com essas emoções de alegria, tristeza, medo, raiva, foi sugestionada que construísse um diário, que servia para desabafar quando não tivesse com quem falar, fazendo-lhe entender que esse diário lhe ajudaria muito a compreender os seus sentimentos e emoções.

Depois da orientação foi feita a avaliação final da intervenção e de todo o processo juntamente com a paciente. Obteve-se o feedback acerca do que achou das sessões, tentou-se

saber se sentiu alguma evolução no seu caso e do que ela achou que poderia ser melhorado. Ela disse que gostou muito de todo o processo, de como foi acolhida, acreditando que foi produtivo para ela, pois ajudou-lhe a superar as situações desagradáveis que vivenciou. Disse ainda que como pessoa ela sentiu que houve mudanças significativas e sentia que a sua vida tinha começado a fazer sentido a partir dali. Ressaltou que todos que a acolheram-lhe foram de grande apoio e era tudo que precisava no momento. A paciente foi apontando os ganhos e deu para ver a sua felicidade estampada no seu rosto, quando disse que fez novos amigos e estava muito feliz. Fez agradecimentos por ter lhe acolhido no centro e ter dado todo o apoio psicológico que precisava e pelo vínculo que foi bem estabelecido com ela. Ela não teve nada para apontar como aspectos que poderiam ser melhorado, dizendo que as sessões de certa forma a ajudaram a superar os seus traumas passados. Aproveitou-se para orientar a paciente de no caso de alguma emergência que recorresse ao centro de saúde, ao banco de urgência ou mesmo acionar os bombeiros. Ela finalizou dizendo que cada sessão feita foi de mais-valia, porque permitiu ganhar experiências que iria levar com ela para sempre e que tudo o que aprendeu iria utilizá-los na sua vida futura, realizar os seus sonhos e ser muito feliz. Lamentou por ser a última sessão mas foi orientada a continuar com a psicóloga do centro visto que estava no término do estágio e ainda ela precisava de acompanhamento psicológico.

2.10. Avaliação final do processo psicoterapêutico

A paciente teve uma participação activa nas sessões, demonstrou a sua motivação em ter apoio psicológico. O vínculo terapêutico facilitou o processo de avaliação bem como de intervenção, na medida em que D.S.C. não desistiu até o momento da alta.

Considera-se que houve mudanças significativas na paciente, tal a nível físico como psicológico. Verificou-se que foram atingidos alguns objetivos da abordagem psicológica tais como a autovalorização, aumento da autoestima, melhoria do autoconceito, a recuperação da sua esperança de vida, abrindo horizontes para o futuro, mudanças de pensamento, facilidade em expressar os seus sentimentos e a satisfação em criar grupos de pares que tanto procurava, ou seja um fortalecimento do ego importante para a resiliência¹² perante situações adversas.

Portanto pode-se dizer que os objetivos do processo foram bem alcançados tendo isto sido percebido também pela paciente ao longo das consultas.

¹² Resiliência: É a capacidade de o indivíduo lidar com problemas, adaptar-se a mudanças, superar obstáculos ou resistir à pressão de situações adversas como: choque, stress ou algum tipo de evento traumático; sem entrar em surto psicológico, emocional ou físico, por encontrar soluções estratégicas para enfrentar e superar as adversidades.

Capítulo III – Apresentação do Projeto de Promoção da Saúde

Cancro de mama: A Prevenção das perturbações emocionais

1. Introdução

O presente trabalho foi enquadrado no âmbito do estágio no Centro de Saúde de Chã de Alecrim. Este projecto, intitulado “Cancro de mama: A prevenção das perturbações emocionais” foi um projecto destinado às mulheres que frequentam o centro na secção maternal e infantil.

O objectivo do programa foi trabalhar na prevenção de perturbações emocionais associadas ao cancro de mama e mostrar a importância da prevenção e promoção da saúde em relação a este tema.

Foi escolhido este tema para o projecto porque é interessante e pertinente visto que os casos de cancro de mama estão cada vez mais frequentes, atingindo um público cada vez mais jovem, o que levou-se a pensar em intervir na prevenção do surgimento de sintomas emocionais associadas ao cancro de mama.

1.1. Justificação/contextualização

Cancro da mama é o cancro que se desenvolve no tecido mamário. Entre os sinais de cancro da mama estão o aparecimento de um nódulo na mama ou perto da mama na zona da axila; alterações na forma ou na aparência da mama, como retracção do mamilo, pele da mama ou aréola, mamilo com aparência escamosa, vermelha, inchada com saliências e reentrâncias; sensibilidade no mamilo e secreção ou perda de líquido pelo mamilo (Melo, 2013)

Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008), o cancro da mama é o mais comum entre as mulheres de todo o mundo e dos que mais mata pessoas anualmente (aproximadamente 500 mil por ano).

Existem diferentes tipos de cancro da mama, que se caracterizam dependendo da zona da mama onde se inicia o crescimento das células cancerígenas. Os mais comuns aparecem na zona lobular e dos ductos da mama e dividem-se em cancros invasivos e não invasivos. O Cancro da mama não invasivo é também conhecido como cancro/ carcinoma in-situ.

As células cancerígenas estão no interior da mama mas não se espalham para os tecidos circundantes.

No Cancro da mama invasivo, as células cancerígenas têm capacidade de se espalhar para fora da mama, por exemplo para o tecido adiposo.

Os fatores de risco para o cancro da mama são:

Idade, antecedentes pessoais de cancro de mama, algumas alterações da mama, alterações genéticas, primeira gravidez depois dos 31 anos, história menstrual longa, raça, radioterapia no peito antes dos 30 anos, densidade da mama, obesidade após a menopausa, inatividade física, Bebidas alcoólicas.

Ribeiro, (2012) No cancro de mama, para muitas pacientes, o impacto psicológico que a doença causa pode desencadear a depressão. Os efeitos da doença psiquiátrica podem influenciar, inclusive, no tratamento do cancro, pois nas pessoas deprimidas, os recursos emocionais são mais escassos e podem dificultar a adesão ao tratamento.

Cestarie e Zago, (2005) A prevenção, na área da saúde, são composta por ações de carácter primário e genérico, tais como a melhoria das condições de vida, redução da suscetibilidade das pessoas às doenças e educação sanitária. A prevenção se dá também através da detecção precoce das doenças, do seu tratamento adequado e nas ações destinadas a minimizar as suas consequências.

Existem três tipos de prevenção: a prevenção primária, a secundária e a terciária e este projecto enquadra-se na prevenção primária, em que as estratégias preventivas são implementadas antes de surgir o problema visando impedir o aparecimento do problema. A prevenção primária destaca-se como a melhor alternativa quando comparada ao diagnóstico ou mesmo ao tratamento do câncer. Visto que apesar de sermos incapazes de mudar nossa predisposição genética, podemos ter a possibilidade de intervenção para prevenir exposições e os fatores causais do câncer.

A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade para a vida. A promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar.

1.2. Beneficiários

É um programa dedicado às mulheres que frequentam o centro de Saúde, tanto na secção maternal como na infantil, promovendo a saúde e Trabalhando na prevenção de perturbações emocionais associadas ao cancro de mama.

Objetivos

1.2.1. Objetivo Geral:

Trabalhar na prevenção de perturbações emocionais associadas ao cancro de mama e sensibilizar os participantes para a importância da prevenção e promoção da saúde em relação a esta doença.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Prevenir os comportamentos de risco;
- Promover a mudança das crenças de saúde;
- Sensibilizar os participantes para a importância da adesão ao tratamento, caso houver algum diagnóstico;
- Promover a melhor qualidade de vida.

Nº de sessões: 5 sessões de 45mn cada, em dias diferentes consoante um número mínimo de 4 utentes na sala de espera.

1.3. Metas:

No final do projeto pretendia-se constatar se as mulheres que tivessem participado teriam adquirido algumas competências psicológicas para a prevenção de perturbações emocionais associadas ao cancro de mama.

1.4. Técnicas: Instrução verbal; sugestão; Aconselhamento; Psicoeducação; Feedback;

2. Atividades do Programa/ Técnicas

Tabela 1. Tabela das atividades realizadas no projecto e os respectivos objetivos e Técnicas Utilizadas

Sessão	Objetivos	Atividades	Técnicas/ estratégias de intervenção
1	-Apresentar do programa e dos objectivos da intervenção; - Recolher dúvidas sobre a doença - Esclarecer dúvidas	-Apresentação do grupo e do programa em si; - Explicação e demonstração com uma Enfermeira; -Conversa aberta sobre o tema;	Instrução verbal; Sugestão; Aconselhamento; Psicoeducação; Feedback
2	-Sugestionar comportamentos mais saudáveis;	- Conversa aberta	Instrução verbal; Sugestão; Aconselhamento; Psicoeducação;
3	- Promover a Modificação das crenças de saúde;	- Conversa aberta	Instrução verbal; Psicoeducação; sugestão; feedback;
4	- Sensibilizar os participantes para a importância da adesão ao tratamento e prevenção das consequências psicológicas da doença	- Conversa aberta	Instrução verbal; Aconselhamento; sugestão; Psicoeducação;
5	Promover a melhor qualidade de vida;	- Conversa aberta	Instrução verbal; Aconselhamento; sugestão; feedback;
	Avaliar o cumprimento dos	- Avaliação geral	Feedback; Reflexão;

	objectivos do programa		
--	------------------------	--	--

1.1. Resultados esperados

A curto prazo deveria-se verificar imediatamente se haveria compreensão e interesse dos participantes.

A médio prazo deveria-se verificar mudanças de comportamento de risco tais como o uso de substâncias psicoativas, obesidade, não fazer o autoexame (apalpamento) regularmente, falta de exercício físico, entre outros.

A longo prazo deveria-se prevenir de problemas a nível emocional, caso os participantes viessem a ter algum diagnóstico do cancro de mama e auxiliá-los a melhorarem a sua qualidade de vida, através de apoio psicológico.

1.2. Público-alvo

Mulheres que frequentam o centro de saúde de chã de alecrim.

1.3. Participantes

Mulheres (Adultos);

Estagiaria do curso de licenciatura em Psicologia da Universidade do Mindelo;

Enfermeira do centro de saúde de chã de Alecrim, Mindelo, são Vicente.

1.4. Local

Centro de saúde de chã de alecrim.

1.5. Espaço

Sala de espera do centro.

1.6. Horários

O ideal seria 2 sessões semanais na parte da manhã, sem horário fixo.

1.7. Materiais

Materiais de escritório e escolares: Papel Branco A4, lápis, caneta, para realização das abordagens.

1.8. Método

Com as mulheres serão realizadas abordagens de informação, educação e comunicação na sala de espera do centro com temas pertinentes relacionadas ao cancro de mama. Seguidamente explorar para tentar se saber o nível de conhecimento dos participantes sobre o tema, esclarecer as dúvidas e no final de cada sessão obter o *feedback* dos participantes.

1.9. Procedimento

Seleção dos participantes

A seleção dos participantes será feita de acordo com os utentes que estiverem na sala de espera do centro.

Primeiro contacto com o grupo

Será feita inicialmente a apresentação da estagiária, seguidamente a apresentação dos temas abordados e os seus objectivos.

Desenrolar do programa

As atividades decorrerão dentro do centro mediante os objetivos específicos, procurando sempre estabelecer prioridades de acordo com as necessidades dos participantes.

Encerramento das actividades/ Avaliação do programa

Para avaliação do programa será feita uma conversa aberta para discussão dos benefícios de se terem participado no projeto e o *feedback* dos participantes.

1.10. Genograma:

Tabela 2. Tabela de cronograma da realização do projeto.

Final de Junho a Julho	
5 Sessões	Realização das abordagens

1.11. Duração

O projeto teve início em Junho de 2017 e término em Julho de 2017.

2. Relatório do Projeto

2.1. Descrição das sessões feitas

Primeira Abordagem grupal

A primeira sessão foi realizada no dia 10/17/17, às nove da manhã, na sala de espera do centro, participando inicialmente quatro mulheres que frequentavam a secção maternal e infantil, com idades entre 16 e 36 anos. Iniciou-se com uma breve apresentação da estagiária e da psicóloga do centro, orientadora do estágio, dando a conhecer o tema do projeto que seria abordado pela estagiária bem como o seu respetivo objetivo. O objetivo nessa sessão era falar sobre o cancro de mama, em que foi abordado a questão das mudanças de comportamentos de risco, bem como indicar esses factores de risco, promover o bem-estar psicológico e a prevenir o aparecimento dos sintomas emocionais desencadeadoras da doença como o *stress*, a depressão e a ansiedade. Foi feita a orientação para que ficassem atentos aos sinais e procurarem ajuda caso houvesse o aparecimento destes.

De seguida tentou se saber o nível de conhecimento desse assunto por parte das participantes, tendo ficado todos em silêncio. Aproveitou-se para convidar uma enfermeira do centro que colaborou em falar da vertente clínica sobre a doença, as formas de prevenção, com demonstrações de como fazer o autoexame, foram feitas ilustrações com cartazes do centro e foi dado algumas recomendações às mulheres grávidas.

Posteriormente teve a participação de mais duas mulheres, que chegaram mais tarde durante a abordagem da enfermeira e houve a necessidade de reforçar sobre o assunto relativamente à parte psicológica. Uma das mulheres disse que estava a sentir um caroço na mama esquerda, e que por coincidência ela iria para secção maternal para saber o que se passava, disse também que por praticar exercício físico, estava desconfiada que teve alguma lesão no treino, mas que mesmo assim ela ficou preocupada. Daí foi orientada para procurar um médico e que se sentisse a necessidade de um apoio psicológico, que marcasse uma consulta de psicologia no centro. Tentou-se saber se as mulheres tinham alguma dúvida, e uma delas que estava grávida se prontificou em perguntar se era importante mesmo a amamentação do bebé como forma de prevenir da doença. Foi ouvida e esclarecida a sua dúvida pela enfermeira. Não tendo mais dúvidas, obteve-se o *feedback* das participantes, algumas dizendo que não sabiam dos fatores de riscos que aumentavam a probabilidade do desenvolvimento da doença, outras que ficariam mais atentas aos sintomas psicológicos, e houve quem disse que adquiriu conhecimentos que não tinha antes.

Finalizou-se a sessão, com os participantes assinando a lista de presença.

Avaliação da primeira sessão

Constatou-se que os objetivos da sessão foram alcançados visto que com a abordagem foi possível transmitir informações acerca do tema, abrangendo o público-alvo da secção maternal e infantil, foi muito interessante, obteve-se um *feedback* positivo dos mesmos, observando um interesse por parte deles em escutar e participar na sessão de promoção á saúde. Com a recolha e esclarecimento de dúvidas verificou-se uma consciencialização das participantes acerca do assunto.

Segunda Abordagem grupal

A segunda sessão iniciou com a apresentação da estagiária, visto que o público de mulheres era diferente da primeira sessão. Participaram oito mulheres com idades compreendidas entre 18 e 36 anos. Apresentou-se o tema a ser abordado e o seu respetivo objetivo.

Primeiramente foi abordado algumas das informações sobre a saúde transmitidas na sessão anterior, tais como a prevenção dos sintomas emocionais desencadeadoras da doença e dos factores de risco. Seguidamente foi feita a sugestão de algumas mudanças de comportamentos que seriam mais saudáveis para a prevenção da doença como forma de dar mais atenção às questões psicológicas. Aproveitou-se para fazer a divulgação do serviço de psicologia no centro, orientando as participantes a procurarem o serviço caso houvesse a necessidade de apoio psicológico relativamente à doença.

Uma das participantes disse que não tinha conhecimento do serviço, mas reconheceu a importância do mesmo para a sociedade. Não houve dúvidas colocadas pelas participantes acerca do tema nessa sessão.

Tendo sido a informação e educação para saúde transmitida ao público-alvo procedeu-se á obtenção do *feedback*, tentando saber o que havia sido aprendido de tudo que foi dito. Duas mulheres deram as suas contribuições, demonstrando estarem consciencializadas sobre o assunto e terem adquirido algum conhecimento com a abordagem.

Avaliação da segunda sessão

Através do *feedback* positivo do público, pode-se dizer que os objetivos para essa sessão foram bem conseguidos, visto que o público teve uma participação activa e colaborativa, mesmo não colocando dúvidas, estiveram atentas a escutar, demonstrando que aprenderam algo da abordagem.

Terceira Abordagem grupal

Nessa sessão inicialmente foi feita novamente a apresentação da estagiária, devido à natureza do projeto, tendo participado desta sessão quatro mulheres com idades entre 21 e 35 anos, estando duas delas grávidas.

Antes da apresentação do tema a ser abordado, fez-se um enquadramento e resumo geral dos temas falados anteriormente nas outras sessões com as outras participantes. O tema para essa sessão estava relacionado às crenças de saúde das mulheres relativamente ao cancro de mama, em que tentou-se saber o que as mesmas pensavam sobre o assunto. Uma respondeu que “é uma doença destruidora” (sic); outra disse que “Não sabe como ficaria emocionalmente se tivesse a doença” e uma outra respondeu que “é uma doença que causa danos físicos e psicológicos e, se não for tratada pode levar à morte”. O objetivo de explorar essas crenças foi para tentar se observar o nível da percepção das participantes, da gravidade das consequências de terem a doença, demonstrando-lhes que não bastava apenas a pessoa perceber a ameaça da doença para terem um comportamento de saúde, mas também depende do quanto acreditam que os benefícios da acção poderão ajudá-los a ultrapassar as barreiras associadas à doença. Conversou-se muito sobre o tema, e foi muito interessante ter trocado opiniões. Não apresentando dúvidas por parte dos participantes, finalizou-se a sessão como *feedback* do que tinha aprendido, mostrando-se satisfeitos com as informações transmitidas. Uma das mulheres relatou que foi bom ter participado, porque permitiu-lhe adquirir muitos conhecimentos acerca do tema. Por fim a lista de presença foi assinada.

Avaliação da terceira sessão

Nessa sessão houve um grande contributo das participantes, o que foi muito produtivo, porque verificou-se uma consciencialização por parte destas em mudar seus comportamentos, e estiveram atentos à explanação de cada participante, dando as suas opiniões. O *feedback* foi positivo, demonstraram que aprenderam muito com as informações transmitidas podendo-se constatar que os objetivos foram alcançados.

Quarta Abordagem grupal

Nessa sessão foi feita a apresentação da estagiária, como habitualmente tendo participado cinco mulheres com idade entre 16 a 24 anos. De seguida foi apresentado o tema em que o objetivo principal era mostrar a importância da adesão ao tratamento no caso de diagnóstico de cancro de mama. Demonstrou-se que mesmo sendo difícil receber o diagnóstico, seria importante aderirem ao tratamento, pois, quanto mais cedo a doença for tratada mais chances a pessoa tem de se recuperar ou mesmo curar-se. Reforçou-se a importância do apoio da família e dos amigos no momento em que o estado emocional esteja fragilizado, ou seja, a

importância do suporte social, nestes casos. Fêz-se a orientação às participantes de onde recorrem, se no caso detetassem alguma alteração nos mamilos e também foram abordados acerca de alguns tratamentos como o apoio psicológico para um paciente com a doença, de como controlar os sintomas emocionais gerados da doença como, a depressão, a ansiedade, o stresse, o medo, ideação suicida. As participantes demonstraram estarem muito atentas e interessadas em falar desse tema, tendo-se um *feedback* positivo relativamente à divulgação das informações.

Avaliação da quarta sessão

Alcançou-se os objetivos para essa sessão visto que foi abordado todos os aspetos que foram assim delineados para a sessão. Conseguiu-se transmitir algum conhecimento pelo qual as participantes acharam pertinentes. Deram-se uma resposta positiva por ter sido abordado o tema, mostrando-se consciencializados de que por ser uma doença devastadora a adesão ao tratamento é de extrema importância principalmente para o estado emocional de uma pessoa.

Quinta Abordagem grupal

Inicialmente fez-se a apresentação da estagiária, tendo participado nesta sessão somente duas mulheres. Na sala de espera não havia muitas pessoas naquele dia, mas foi possível fazer a abordagem com as duas participantes. O objetivo para essa sessão era sensibilizar as pessoas no sentido de mostrá-las o quanto trabalhar na prevenção da doença pode melhorar a qualidade de vida. Demonstrando a importância de uma boa alimentação, exercício físico, fazer actividades que gostem, estar atentos aos sinais de perturbações emocionais. Por serem um grupo muito pequeno em relação aos outros grupos, as participantes estiveram a maior parte do tempo caladas somente a escutar atentamente a abordagem, não querendo participar com reflexões, nem apresentar dúvidas. Mas no final tentou-se saber se as informações foram bem transmitidas, sobre a pertinência do tema, obtendo-se um *feedback* do que ficou retido da abordagem. Mesmo tendo o *feedback* positivo das participantes, por não terem colocado as dúvidas, levou-se a pensar se tudo tinha sido aprendido e, por isto houve a necessidade de se fazer algumas perguntas sobre o tema para saber se, efectivamente teriam adquirido algum conhecimento. Responderam às questões sem nenhuma dificuldade e, ainda, disseram terem gostado muito achando o tema interessante. Por finalizar passou-se a lista de presença para as participantes assinarem.

Avaliação da quinta sessão

Apesar de ter havido poucos participantes neste grupo, conseguiu-se abordar o tema delineado para esta sessão, portanto pode-se dizer que o objetivo foi alcançado. As participantes deram um feedback positivo à divulgação do tema.

3. Avaliação final do Projecto Implementado

Partindo da importância em informar e educar as pessoas através de temas pertinentes na área de psicologia, durante o projeto foram proporcionados momentos de reflexão, trocas de informações e ganhos de experiências para além de se ter conseguido trabalhar na prevenção de perturbações emocionais associadas ao cancro de mama e mostrar a importância da prevenção e promoção da saúde em relação a este tema.

Observou-se que as participantes do projecto foram ganhando conhecimentos e competências para saberem lidar com a doença fisicamente e emocionalmente caso virem a ter algum diagnóstico. Foram realizadas 5 sessões dentro deste projecto, nas quais inicialmente a estagiária esteve-se ansiosa devido a falta de prática neste campo de atuação, que foi desaparecendo ao longo das sessões. Por ser um projeto em que se abordaria vários temas relacionados ao cancro de mama e que seria desenvolvido na sala de espera do centro, não se conseguiria formar um grupo terapêutico, mas sim a abordagem seria de IEC¹³ e não de psicoterapia grupal, o que não impediu de se desenvolver o projeto.

Avaliando de uma forma geral as sessões, o balanço foi positivo, tendo-se alcançado os objetivos apesar de nas sessões iniciais haver mais participantes do que as últimas. As participantes estiveram sempre atentas, colaborativas e motivadas o que facilitou muito a implementação do projeto. Acredita-se que com o projecto foi possível consciencializar as mulheres acerca da doença, mostrou-se a importância da mudança de comportamentos de risco e à mudança de crenças, levando-lhes a conhecer a importância da prevenção e adesão ao tratamento perante um possível diagnóstico, e assim melhorar a qualidade de vida.

Para além de ter sido importante para os participantes, foi também para a estagiária que ganhou experiências adicionais na prática da psicologia no campo da saúde.

¹³ IEC: Informação, educação e comunicação em saúde.

Conclusão

A realização do estágio foi fundamental na medida em que foi possível a verificação e aplicação do que foi apreendido e no desenvolvimento de competências pessoais e profissionais de acordo com a prática da psicologia.

Permitiu ainda, uma aprendizagem alargada sobre variadas problemáticas que emergem neste contexto, possibilitando a confrontação da teoria com a prática, assim como partilhas de experiências entre as estagiárias e a orientadora pelo qual contou-se sempre com o seu apoio. É de salientar o excelente relacionamento entre as estagiárias que foi um grande suporte emocional e motivador durante este percurso.

Ao decorrer do estágio as intervenções feitas, foram de grande valia, pois permitiu cada vez mais ganhos de experiências e competências para a prática profissional futura.

Criaram-se muitas expectativas em relação aos pacientes, que nem sempre foram alcançadas, como relativamente aos casos em que verificaram-se algumas desistências de pacientes, colocando dúvidas relativas aos atendimentos, o que com tempo foram dissipadas observando-se que, desde há muito esta situação tinha sido observada nos atendimentos de psicologia nos centros de saúde, sendo corrente surgirem desistências de pacientes nestas instituições.

Foi muito interessante e gratificante concluir esta fase fundamental do processo formativo, onde teve-se a oportunidade de ter contacto com várias pessoas trazendo problemáticas de naturezas diferentes, em que para os ajudar é necessário sentir-se mais preparada a escuta dos seus sofrimentos, suas angústias, seus conflitos e sentimentos de dor.

Com as deslocações às instituições onde acolhem crianças, permitiu observá-las, e conhecer a sua vivência, bem como fazer uma triagem das mesmas relativamente à necessidade de intervenção psicológica. Isto revelou ser um acréscimo na formação pessoal e social da estagiária.

A sensibilização feita na comunidade de Salamansa teve como objectivo consciencializar os comerciantes para os danos causados às crianças, tanto a nível físico com psicológico, quanto há venda ilegal de bebidas alcoólicas a menores de dezoito anos, percebeu-se que esta acção de sensibilização e de promoção da saúde surtiu um efeito positivo obtendo-se um *feedback* dos comerciantes, mostrando-se interessados em fazer colaborar na prevenção do consumo precoce do álcool. Foi muito interessante participar nesta atividade, pois, foi possível fazer uma boa acção prevenção e promoção da saúde juntamente com uma equipa técnica da USB e reforçou, e a estagiária acabou por adquirir mais experiência desta intervenção.

Os temas abordados na sala de espera tinham como principal objetivo informar e educar o público que frequentam o centro sobre os cuidados de saúde bem como a promoção e a prevenção de doenças. Obteve-se uma percepção positiva dos participantes, mostrando-se atentos na abordagem. As deslocações para visitas domiciliárias, foi de extrema importância porque foi possível estar mais perto da comunidade, tendo-se a oportunidade de estar em contato direto com os pacientes no seu contexto em que se encontravam inseridos, enriquecendo-se no que tange às competências possíveis para desenvolver com a prática dos conhecimentos psicológicos adquiridos.

A participação nas feiras, permitiu divulgar o serviço de psicologia, dando-se a conhecer ao público a importância da psicologia para a sociedade, atraindo cada vez mais a atenção das pessoas para a profissão.

A participação na sessão clínica realizada no Hospital Baptista de Sousa, foi de extrema importância para a aquisição de novos conhecimentos sobre o tema de reabilitação neuropedriátrica.

Aponta-se como recomendação um maior engajamento dos profissionais de saúde no serviço de psicologia formando um equipe multidisciplinar no centro de saúde de forma a ajudar mais e melhor os pacientes, e de forma a melhorar a qualidade do funcionamento do serviço. A realização de mais actividades no centro, apresentado temas pertinentes da área de psicologia como forma de maior divulgação do serviço.

Referências Bibliográficas e Webgrafias

Amarante, S. (s.d) A importância do vínculo materno no desenvolvimento infantil. IFF- Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. 716 – Flamengo – Rio de Janeiro – RJ.

<http://www.iff.fiocruz.br/index.php/8-noticias/330aimportanciadovinculomaterno> (consultado em 23/08/17)

American Psychiatric Association, DSM-IV-TR, Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais 4ªed, Lisboa, Climepsi Editores. p. 134 (consultado em 03/09/17)

Boletim Oficial Da República de Cabo Verde, (2011) I Série Nº2. Lei de VBG Lei nº 84/VII/2011. http://www.sdtibm.cv/documentos/BO/bo_I_10-01-2011_2.pdf (consultado em 6/09/17)

Cestari, M. e Zago, M. (2005). A prevenção do câncer e a promoção da saúde. Revista brasileira de enfermagem, vol.58 nº2 Brasília

Mar/Abr.http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000200018

Coimbra de Matos, A. (2001) A depressão: Episódios de um percurso em busca do seu sentido. Lisboa, Climepsi Editores (consultado em 20/08/17)

Entenda a diferença entre a Depressão e tristeza <http://www.minhavidacom.br/bem-estar/materias/10660-entenda-a-diferenca-entre-depressao-e-tristeza> (consultado em 06/09/17)

Ferreira, J. e Castela, M. (1999). Questionário de ideação suicida (Q.I.S).

<http://handle.net/10316.1/2365> (consultado em 23/11/17)

Figueira, F. e Dickstein, L. (2015) A Promoção da saúde. Aspectos psicológicos do cancro de mama. <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/50252-aspectospsicologicos-do-cancer-de-mama-da-negacao-da-doenca-a-obscuridade-da-cura> (consultado em 11 de Junho)

Habigzang, L. (2006), Avaliação e Intervenção Psicológica para meninas Vítimas de abuso sexual intrafamiliar, Dissertação para obtenção do grau do mestrado em psicologia. [Mucai.com/be/site/wp-content/uploads/2015/02/atendimento-a-criancas-intra-familiar.pdf](http://mucai.com/be/site/wp-content/uploads/2015/02/atendimento-a-criancas-intra-familiar.pdf) (consultado em 25/10/17)

Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português.https://www.researchgate.net/profile/Clarice_Gorenstein/publication/284700806_Inventario_de_depressao_de_Beck_Propriedades_psicometricas_da-versao_em_portugues/ (consultado em 23/08/17)

Leal, I (2010), Entrevista Clínica e Psicoterapia de apoio 2ªed, Lisboa: Placebo Editora. p. 229 (consultado em 31/08/17)

Maluf, T. (2002). Avaliação de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que frequentam grupos de orientação familiar em Serviço Assistência para dependentes químicos. Tese de Mestrado em ciências da saúde. Universidade de São Paulo (consultado em 22/11/17).

Magalhães, F. (2017) Auto-Estima. <http://fernandomagalhaes.pt/autoestima.html> (consultado em 06/09/17)

Moreira, N. e Gonçalves, R. (2010). Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. *Análise psicológica*, 1 (XXVIII): 133-148 (consultado em 23/11/17).

O modelo das crenças de saúde. <http://gepps-ufs.blogspot.com/2014/02/modelos-em-saude-o-modelo-das-crencas.html> (consultado em 17 de Junho)

Parada, M. (2009), Cartilha sobre Violência contra a Mulher. São Paulo, Comissão da Mulher Advogada (consultado em 28/08/17)

Pelotas [30]: 187 - 199, Janeiro/Junho (2008), O uso de entrevista, observação e vídeo gravação em pesquisa qualitativa (consultado em 22/08/17)

Psicologia vol.25 no.2 Lisboa dez. (2012) Avaliação da escala de auto-estima de Rosenberg mediante o modelo de rasch. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492011000200005 (consultado em 23/08/17)

Ribeiro (2012) Além Fronteiras, Cancro de Mama. <http://alemfronteiras.com/187/cancro-da-mama> (consultado em 12/06/17)

Ribeiro, T. (2012) Saúde, Cancro de Mama e depressão <http://www.batalhadoras.org.br/artigo/209/cancer-de-mamadepressao#>. (consultado em 13/06/17)

Rodrigues, C. (2013), Depressão, suporte social e suicídio em adolescentes cabo-verdianos, Dissertação para obtenção do grau de Mestrado Universidade Da Beira Interior. (consultado em 22/08/17)

Santana k. S. Maio (2013) A Privação do Vínculo Afetivo Materno pode Contribuir para o Ato Infracional do Adolescente na Atualidade? <https://psicologado.com/atuacao/psicologia-da-familia/a-privacao-do-vinculo-afetivo-materno-pode-contribuir-para-o-ato-infracional-do-adolescente-na-atualidade> (consultado em 31/08/17)

Santos, M.C. (2013), Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes, Identificar, Avaliar e Intervir, 1ªed, Lisboa: Sílabo. p. 46 (consultado em 03/09/17)

Saraiva, C. B. (2006), Estudos sobre o Para-suicídio. O que leva os jovens a espreitar a morte 2ªed, Coimbra: Redhorse. p.40 (consultado em 31/08/17)

Silva, M.F. e Amaral, A.E. (2006). A autoestima no CAT-A e HTP. Estudo de evidência de validade. Avaliação psicológica, 5(2), pp.205-215

Trindade, I. e Teixeira, J. (2007). Psicologia nos cuidados primários. 2ªed., Lisboa, Climepsi Editores (consultado em 15/08/17)

Apêndices

Apêndice 1 -Casuística dos Casos atendidos no Centro de Saúde Chã de Alecrim;

Apêndice 2- Folhetos de Depressão e Álcool;

Apêndice 3- Descrição das sessões realizadas do projeto do tema Cancro de Mama;

Apêndice 4 – Fotografias de participação em algumas atividades desenvolvidas durante o Estágio

Apêndice 5 – Genograma do caso.

Tabela 3. Apêndice 1- Casuística dos Casos atendidos no Centro de Saúde de Chã de Alecrim

Nome	Sexo	Idade	Hipótese Diagnóstica	Procedimento
E***	F	10	Outras perturbações da 2ª Infância	Avaliação
R***	F	2	Perturbação de comportamento	Desistiu
A**	F	69	Ansiedade Grave e Depressão	Avaliação
S**	F	40	Dependência do Álcool	Avaliação e Encaminhamento para o CAPS
J**	M	44	Psicótico Epiléptico	Avaliação
I*	F	30	Perturbação Mental não especificada	Encaminhamento para a orientadora
F*	F	60	Perturbação mista de Depressão e Ansiedade	Avaliação
M*	F	40	Perturbação de Ansiedade	Desistiu
C*	M	10	Dificuldade de Aprendizagem	Avaliação e encaminhamento para sala de recurso
E*	F	35	Problemas conjugais	Desistiu

Relatório de Estágio em Psicologia Clínica e da Saúde

A*	M	57	Nenhum diagnóstico	Alta
R*	F	30	Perturbação de Ansiedade	Desistiu
D*	F	18	Outras Perturbações na adolescência	Avaliação
M*	F	34	Problemas conjugais (VBG)	Avaliação
G*	F	14	Perturbação na alimentação	Avaliação e encaminhamento para Nutricionista

*Participação Directa

**Participação Indirecta

***Triagem

Apêndice 2- Folhetos de Depressão e Álcool;

Depressão nos Idosos

Os factores associados à depressão nos idosos: as doenças físicas e/ou incapacitantes (dificuldades em sair de casa, por ex.); alguns tipos de medicação associados a algumas doenças; perda do cônjuge ou amigo próximo; stress associado à aposentação, aos problemas financeiros, à doença e à crescente consciencialização do seu envelhecimento.

Sinais:

- Ansiedade, dificuldades de concentração e de memória.
- Diminuição de prazer em actividades diárias
- Perda de sono, irritabilidade, transtornos de comportamento.

PREVENÇÃO

- Procura de apoio familiar ou de um amigo próximo.
- Aconselhamento e ajuda de um profissional de saúde.
⇒ CONVERSE!!!
- Mudanças na rotina diária e estilo de vida tais como:
 - Exercícios físicos diários; relaxamento; melhoria da qualidade de sono; alimentação saudável e balanceada; não consumo de álcool e drogas; procura de actividades de interesse ou passatempos; férias ou pequenos intervalos.

OBS: Se a depressão não for tratada pode levar o Suicídio.

ORGANIZAÇÃO & ELABORAÇÃO:

**SERVIÇO DE PSICOLOGIA DA
DELEGACIA DE SAÚDE DE SÃO
VICENTE**

**ESTÁGIÁRIAS DO CURSO DE
PSICOLOGIA DA UNI-MINDELO 2016/17**

Contactos:

Delegacia de Saúde de S.V:

- Sede: 232 85 28

Centros de Saúde:

- Bela Vista: 231 45 50
- Centro de Terapia Ocupacional da Rª de Vinha: 232 92 35
- Chã de alecrim: 231 92 99
- Fonte Inês: 231 37 58
- Monte Sossego: 232 37 58
- Ribeira de Craquinha: 232 98 96
- Ribeirinha: 232 28 57

Lembre-se! Procurar tratamento é um sinal de força e é o primeiro passo para se sentir melhor.



**Ministério da Saúde e
da Segurança Social**

**DELEGACIA DE SAÚDE DE SÃO
VICENTE**

DIA MUNDIAL DA SAÚDE:

7 DE ABRIL DE 2017

"DEPRESSÃO: VAMOS CONVERSAR"



Segundo a OMS:

Até 2020 a depressão será a doença mais

incapacitante do mundo.

DEPRESSÃO

O que é Depressão?

Trata-se de um distúrbio emocional podendo traduzir-se num estado de abatimento e infelicidade, o qual pode ser transitório ou permanente. É um conjunto de sintomas que afectam principalmente a vida afectiva/emocional de uma pessoa.

A **depressão clínica** afecta o humor, a mente, o corpo e o comportamento.

Não é sinal de fraqueza pessoal ou algo que a pessoa possa desejar que desapareça.

Sem tratamento, os sintomas podem durar semanas, meses ou anos!!!

Sintomas

- Humor depressivo ou irritabilidade, ansiedade e angústia.
- Desânimo, cansaço fácil.
- Diminuição ou incapacidade de sentir alegria e prazer.
- Desinteresse, falta de motivação.
- Falta de vontade e indecisão.
- Sentimentos de medo, insegurança, desespero.
- Sensação de falta de sentido na vida.
- Diminuição do desempenho sexual.
- Perda ou aumento do apetite e do peso.
- Insónia.

Se apresentar pelo menos 5 destes sintomas procure um psicólogo ou outro profissional de saúde!!!



Depressão em Crianças

As crianças que têm mais probabilidade de se tornarem deprimidas são as que :

- Sofrem de abusos ou negligências.
- Estão em ambiente familiar conflituoso.
- Sofrem de alguma doença na infância.



Sinais:

- Falta de vontade de fazer actividades em casa ou na escola.
- Falta de vontade de ir à escola.
- Dificuldades de concentração.
- Problemas de comportamento.
- Desvios alimentares.
- Fadiga ou cansaço.
- Irritabilidade excessiva.

Depressão em Adolescentes

A depressão em adolescentes muitas vezes é acompanhada do abuso do tabaco, álcool e outras drogas, de comportamento sexual promíscuo e de outros comportamentos de risco. Pode também surgir de uma situação de luto de um familiar ou de um amigo próximo, de um histórico familiar de depressão, de uma ofensa física ou sexual.

Sinais:

- Interferências em actividades diárias, tais como, a diminuição de prazer em actividades e passatempos.
- Diminuição do desempenho académico.
- Perda de interesse na amizade.
- Excesso de sono, irritabilidade, transtornos de comportamento.

Depressão depois do parto

Os sentimentos gerais de tristeza pós-parto não desaparecem e evoluem para uma depressão total. Alguns sintomas podem ser sentidos:

- Diminuição de energia, fadiga.
- Dificuldade de concentração.
- Perturbações do sono e do apetite.
- Perda de interesse, diminuição do interesse sexual.
- Ideias suicidas, alterações de humor.
- Ansiedade; agitação.
- Perda de sentimentos positivos em relação às pessoas amadas.
- Sentimento de culpa por não amar suficientemente o bebé.



Ministério da Saúde e
da Segurança Social

DELEGACIA DE SAUDE DE SÃO VICENTE

PREVENÇÃO DO USO DO ALCOOL

Efeitos na saúde



- Cirrose Hepática;
- Câncer do estômago, esófago, pâncreas;
- Falta de vontade;
- Perda da concentração e memória;
- Dificuldades em andar;
- Tremores dos pés e das mãos;
- Depressão;
- Insónia.



Efeitos sociais



- Acidentes de trânsito;
- Má produtividade no trabalho;
- Desemprego



- Perda do sentido do dever e dos bons costumes;
- Falta de trabalho;
- Crimes.

Efeitos na família

- Os filhos aprendem a beber em casa;
- O desemprego traz as dificuldades financeiras;



Efeitos nas crianças

- Quando vêem os adultos a beber, podem imita-los;
- O álcool prejudica o desenvolvimento do organismo da criança;



- Quando as crianças compram álcool nas lojas, podem beber durante o caminho para casa;
- Quando mais cedo a criança começa a beber, a possibilidade de tornar dependente de álcool é maior.



- Violência Domestica;
- Discussões entre o casal;
- Divorcio.

- A lei proíbe a venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos porque ainda o cérebro e o corpo estão em formação.




ORGANIZAÇÃO:

SERVIÇO DE PSICOLOGIA/ ESTAGIARIAS DE PSICOLOGIA DA UNI-MINDELO 2016/17

Apêndice 3 – Fotografias de participação em algumas actividades desenvolvidas durante o Estágio.

Fotografia 1. Projecto “Cancro de mama: A Prevenção das perturbações emocionais”



Fotografia 2. Projecto “Cancro de mama: A Prevenção das perturbações emocionais”



Fotografia 3. Abordagem no posto de Salamansa



Fotografia 4. Abordagem no Centro de Saúde de Chã de Alecrim



Fotografia 5. Abordagem no Centro de Saúde de Chã de Alecrim



Fotografia 6. Abordagem no posto de Salamansa



Fotografia 7. Abordagem no posto de Salamansa



Fotografia 8. Feira de Saúde “Depressão Vamos Conversar”



Fotografia 9. Feira de Saúde “VBG”



Fotografia 10. Feira de Saúde “VBG”



Fotografia 11. Feira de Saúde “VBG”



Fotografia 11. Feira de Saúde “VBG”



Fotografia 12. Visita a jardim



Fotografia 13. Visita a jardim



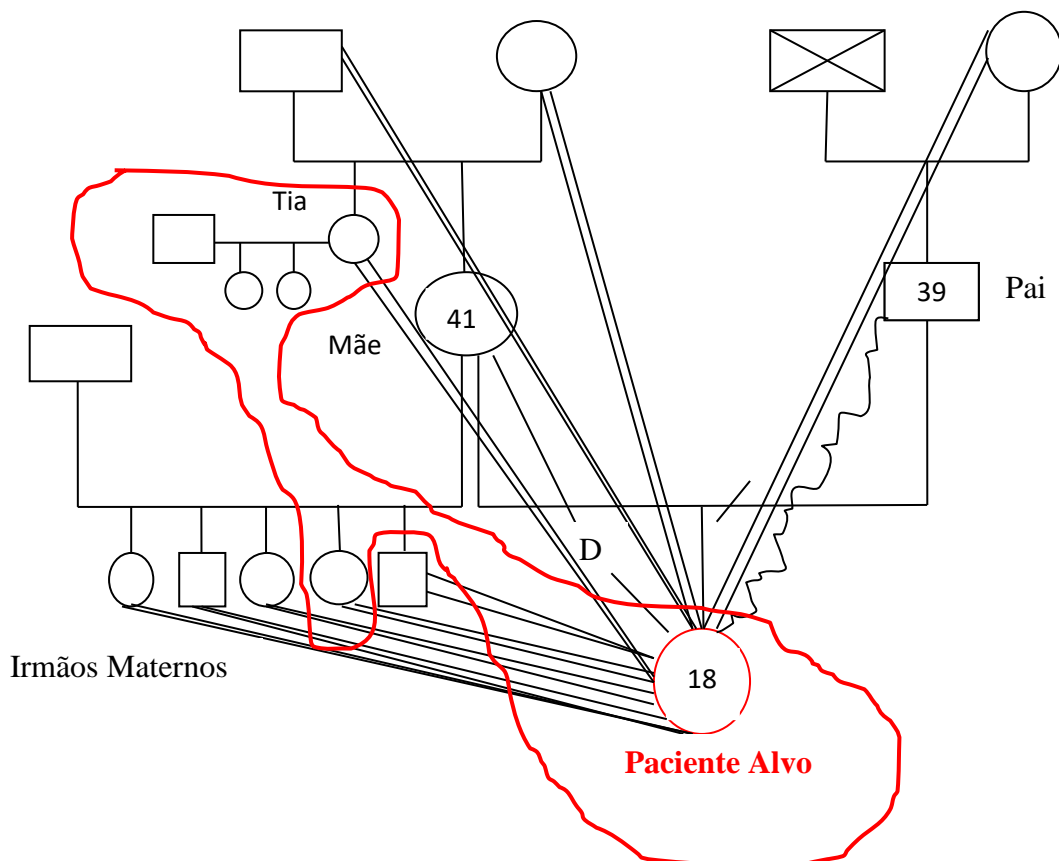
Fotografia 14. Visita a jardim



Apêndice 5 – Genograma do caso.

Paciente Alvo

Avós Maternos e Paternos



Anexos

Anexos do caso

Anexo 1 -Resultado da Escala de autoestima de Rosenberg;

Anexo 2 - Resultado do Inventário de Depressão de Beck;

Anexo 3 - Resultado do Questionário de Ideação Suicida;

Anexo 4 – Plano de Intervenção.

Anexo 1 -Resultado da Escala de Auto-Estima de Rosenberg;

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Esta escala é composta por 10 perguntas que deves responder de acordo com uma escala de quatro pontos, entre "concordo totalmente" e "discordo totalmente".

Responde à lista abaixo, sobre **como geralmente te sentes acerca de ti mesmo**. Utiliza a legenda, abaixo, para assinalares a tua resposta. Faça uma **cruz** debaixo de cada número, correspondente a cada pergunta.

Legenda	1.	Concordo Totalmente
	2.	Concordo
	3.	Discordo
	4.	Discordo Totalmente

		3	2	1	0	
		1	2	3	4	
1.	No conjunto, eu estou satisfeito comigo.		X			2
X 2.	Às vezes eu acho que não presto para nada.	X				0
3.	Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.				X	0
4.	Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.		X			2
X 5.	Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.			X		2
X 6.	Às vezes eu me sinto inútil.		X			1
7.	Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo tanto quanto as outras pessoas.		X			2
X 8.	Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.	X				0
X 9.	Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.		X			1
10.	Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.			X		1
						911

Anexo 2 - Resultado do Inventário de Depressão de Beck;

37

ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK

(BDI)

Data. 12/07/17

Checado por: _____

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Por favor leia com atenção cada uma delas e selecione a afirmativa que melhor descreve como você se sentiu na SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE.

Marque um X no quadrado ao lado da afirmativa que você selecionou. Certifique-se de ter lido todas as afirmativas antes de fazer sua escolha.

1. 0 = não me sinto triste ☒
1 = sinto-me triste
2 = sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disto
3 = estou tão triste e infeliz que não posso agüentar
2. 0 = não estou particularmente desencorajado(a) frente ao futuro ☒
1 = sinto-me desencorajado(a) frente ao futuro
2 = sinto que não tenho nada por que esperar
3 = sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não vão melhorar
3. 0 = não me sinto fracassado(a) ☒
1 = sinto que falhei mais do que um indivíduo médio
2 = quando olho para trás em minha vida, só vejo uma porção de fracassos
3 = sinto que sou um fracasso completo como pessoa
4. 0 = não obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer ☒
1 = não gosto das coisas da maneira como costumava gostar
2 = não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma
3 = estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo
5. 0 = não me sinto particularmente culpado(a) ☒
1 = sinto-me culpado(a) boa parte do tempo
2 = sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo
3 = sinto-me culpado(a) o tempo todo

Desenvolvido por: BECK A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571.

1

6. 0 = não sinto que esteja sendo punido(a) ✕
1 = sinto que posso ser punido(a)
2 = espero ser punido(a)
3 = sinto que estou sendo punido(a)
7. 0 = não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a) ✕
1 = sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a)
2 = sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a)
3 = eu me odeio
8. 0 = não sinto que seja pior que qualquer pessoa ✕
1 = critico minhas fraquezas ou erros
2 = responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas
3 = culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem
9. 0 = não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar ✕
1 = tenho pensamentos a respeito de me matar mas não os levaria adiante
2 = gostaria de me matar
3 = eu me mataria se tivesse uma oportunidade
10. 0 = não costumo chorar mais do que o habitual ✕
1 = choro mais agora do que costumava chorar antes
2 = atualmente choro o tempo todo
3 = eu costumava chorar, mas agora não consigo mesmo que queira
11. 0 = não me irrita mais agora do que em qualquer outra época ✕
1 = fico molestado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
2 = atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo
3 = absolutamente não me irrita com as coisas que costumam irritar-me
12. 0 = não perdi o interesse nas outras pessoas ✕
1 = interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas
2 = perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
3 = perdi todo o meu interesse nas outras pessoas
13. 0 = tomo as decisões quase tão bem como em qualquer outra época ✕
1 = adio minhas decisões mais do que costumava
2 = tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes
3 = não consigo mais tomar decisões

Desenvolvido por: BECK A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571.

14. 0 = não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser ☒
1 = preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos
2 = sinto que há mudanças em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos
3 = considero-me feio(a)
15. 0 = posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes ☒
1 = preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa
2 = tenho que me esforçar muito até fazer qualquer coisa
3 = não consigo fazer trabalho nenhum
16. 0 = durmo tão bem quanto de hábito ☒
1 = não durmo tão bem quanto costumava
2 = acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir
3 = acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade de voltar a dormir
17. 0 = não fico mais cansado(a) do que de hábito ☒
1 = fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava
2 = sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa
3 = estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa
18. 0 = o meu apetite não está pior do que de hábito ☒
1 = meu apetite não é tão bom como costumava ser
2 = meu apetite está muito pior agora
3 = não tenho mais nenhum apetite
19. 0 = não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente
1 = perdi mais de 2,5 kg estou deliberadamente
2 = perdi mais de 5,0 kg tentando perder peso,
3 = perdi mais de 7,0 kg comendo menos: ☒ sim () não
20. 0 = não me preocupo mais do que de hábito com minha saúde
1 = preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisões de ventre ☒
2 = estou preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso
3 = estou tão preocupado(a) em ter problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa

Desenvolvido por: BECK A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571.

21. 0 = não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual X
1 = estou menos interessado(a) por sexo do que acostumava
2 = estou bem menos interessado(a) por sexo atualmente
3 = perdi completamente o interesse por sexo

Desenvolvido por: BECK A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571.

Anexo 3 - Resultado do Questionário de Ideação Suicida;

10 como

QUESTIONÁRIO DE IDEACÃO SUICIDA (Ferreira & Castela, 1999)

Seguidamente encontra-se uma lista de 30 itens, peço-lhe para responder, assinalando com uma cruz (X), a resposta que melhor expressa o seu sentimento nos últimos 6 meses. Cada item tem 7 possibilidades de resposta.

Escala de resposta

1- Nunca

2- Quase Nunca

3- Raramente

4- Às vezes

5- Frequentemente

6- Quase Sempre

7- Sempre

		1	2	3	4	5	6	7
1	Pensei que seria melhor não estar vivo.							X
2	Pensei suicidar-me.				X			
3	Pensei na maneira como me suicidaria.			X				
4	Pensei quando me suicidaria.					X		
5	Pensei em pessoas a morrerem.	X						
6	Pensei na morte.				X			
7	Pensei no que escrever num bilhete sobre o suicídio.							X
8	Pensei em escrever um testamento.							X
9	Pensei em dizer às pessoas que planeava suicidar-me.	X						
10	Pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente.							X
11	Pensei em como as pessoas se sentiriam se me suicidasse.							X
12	Desejei estar morto(a).				X			
13	Pensei em como seria fácil acabar com tudo.					X		
14	Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas.							X
15	Pensei que os outros ficariam melhor se eu estivesse morto(a).							X
		1	2	3	4	5	6	7
16	Desejei ter coragem para me matar.							X
17	Desejei nunca ter nascido.							X
18	Pensei que se tivesse oportunidade me suicidaria.							X
19	Pensei na maneira como as pessoas se suicidam.							X
20	Pensei em matar-me, mas não o faria.				X			
21	Pensei em ter um acidente grave.				X			
22	Pensei que a vida não valia a pena.							X
23	Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar.							X
24	Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me.				X			
25	Pensei que se me matasse as pessoas se aperceberiam que teria valido a pena preocuparem-se comigo.							X
26	Pensei que ninguém se importava se eu estivesse vivo(a) ou morto(a).	X						
27	Pensei em magoar-me mas não em suicidar-me							X
28	Perguntei-me se teria coragem para me matar.				X			
29	Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia				X			
30	Desejei ter o direito de me matar.							X

(Pa.)

0 0 2 2 4 4 96

126

Anexo 4 – Plano de Intervenção.

Objectivo Geral: Reduzir os sintomas de ansiedade e reestruturar as crenças distorcidas em relação a si própria.

Tabela 4. Plano de Intervenção do caso.

Sessões	Técnicas Cognitivas e Comportamentais	Objetivos	Atividades	Resultados Esperados
1ª Sessão	Psicoeducação; Orientação; Aconselhamento; Feedback;	- Promover o autoconhecimento; - Explorar a autopercepção; - Trabalhar percepções de si;	- Escuta Ativa; - Identificação de Características pessoais e reflexão;	- Sujeitos conhecendo melhor de si próprio, a sua personalidade e do seu perfil psicológico; - Sujeitos com boa autoestima.
2ª Sessão	Psicoeducação; Reflexão; Aconselhamento; Feedback;	-Reforçar a importância de cuidar de si; - Explorar sobre a personalidade -Autoconhecimento	-Exercício da Reflexão; - Dinâmica do Espelho.	- Sujeito consciente da importância de cuidar de si; - O autoconhecimento e auto valorização de si própria
3ª Sessão	Psicoeducação; Orientação; Sugestão;	- Levar o sujeito à mudança dos pensamentos negativos.	- Identificação dos pensamentos negativos e as situações que as geraram e reestruturação dos mesmos.	- Sujeito com pensamentos mais adaptativos;
4ª Sessão	Psicoeducação; Orientação; Sugestão; Feedback; Entrevista;	- Identificar os pensamentos, sentimentos e emoções em função das situações vivenciadas; - Avaliação da intervenção.	-Expressão dos sentimentos através da construção de um diário.	- Sujeito mais capacitado a expressar as suas emoções; - Melhorias do sujeito.